11
Dfensor
COMISIÓN DE DERECHOS HUMANOS DEL DISTRITO FEDERAL
REVISTA DE DERECHOS HUMANOS. NOVIEMBRE 2015



El derecho a la salud y el consumo de tabaco



NÚMERO 11, AÑO XIII, NOVIEMBRE 2015

Revista mensual de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal

Comité editorial:
Perla Gómez Gallardo
Erika Alejandra Solís Pérez
Armando Jesús Meneses Larios
Gabriel Santiago López
Guillermo Gómez Gómez
Hugo Manlio Huerta Díaz de León
Francisco Javier Conde González
Jaime Mendoza Bon

Editor responsable:
Francisco Javier Conde González

Coordinación editorial:
Karina Rosalía Flores Hernández
Karen Trejo Flores

Cuidado de la edición:
Karina Rosalía Flores Hernández

Corrección de estilo:
Karina Rosalía Flores Hernández
Verónica López Rodríguez

Revisión de pruebas:
Karina Rosalía Flores Hernández
Verónica López Rodríguez

Revisión de contenidos:
Domitille Delaplace

Apoyo editorial:
Federico Vera Pérez
Karla Magali Ramírez Murillo
María del Mar Monroy García

Diseño editorial:
Enrique Alanis Guzmán

Créditos de imágenes:
Enrique Alanis Guzmán, Sonia Blanquel, Alejandro Cuevas, Karina Flores, Ernesto Gómez y Antonio Vázquez/cdhdf.
Fundación InterAmericana del Corazón México.
Banco de imágenes Unsplash <https://unsplash.com>

Fotografía de portada:
Ernesto Gómez

Diseño de portada:
Enrique Alanis Guzmán

Ilustraciones:
Adrián Robles

Suscripciones y distribución:
Sonia Ruth Pérez Vega
Tel: 5229 5600, ext. 2032

Los artículos firmados que aparecen en esta edición son responsabilidad de las y los autores y los no firmados son de la autoría de la cdhdf.

Ejemplar de distribución gratuita, prohibida su venta.

Fe de erratas:
En los números de *Dfensor* 5, 6, 7, 8 y 10 debió aparecer el nombre del Dr. José Alfonso Bouzas Ortiz entre las y los integrantes del Consejo de la cdhdf.
El crédito de la portada de *Dfensor* núm. 07 corresponde al Sistema de Aguas de la Ciudad de México.

Dfensor, revista mensual de derechos humanos de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, año xiii, número 11, noviembre de 2015, editada por el Centro de Investigación Aplicada en Derechos Humanos de la cdhdf. Av. Universidad 1449, col. pueblo Axotla, del. Álvaro Obregón, 01030 México, D. F. Tel.: 5229 5600, <www.cdhdf.org.mx>. Reservas de Derechos al Uso Exclusivo núm. 04-2015-061911445800-203. issn: 2395-9940.


ESTE ES UN AMBIENTE
100% LIBRE
DE HUMO DE TABACO
4


quiero un México
#LibreDeHumo
10


32


43


56

Contenido



Fotografía: Antonio Vázquez/CDHDF.

El derecho a la salud frente al control del tabaco

Editorial

La salud es un derecho humano consagrado en los tratados internacionales y en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Frente a las afectaciones a la salud por el consumo de cigarros, todos los órganos de Estado, en el ámbito de su competencia, tienen la obligación de respetar, garantizar, proteger y promover que las personas que habitan y transitan por su territorio disfruten de condiciones que les permitan estar libres del humo del tabaco.

Con base en lo anterior, durante 2015, la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal (CDHDF) emprendió acciones de promoción y defensa para ampliar las garantías jurídicas que permitan a las personas disfrutar del derecho a la salud frente al consumo del tabaco. Es significativo que estas acciones se realizaran en coordinación con organizaciones de la sociedad civil e instituciones académicas expertas en el tema. En el ámbito de la promoción, la CDHDF elaboró una estrategia para difundir los contenidos del derecho a la salud y el control del tabaco, la cual incluyó la realización del conversatorio Situación nacional del derecho humano a la salud y control del tabaco: garantías jurídicas y políticas de salud, cuyo objetivo fue incentivar una reflexión profunda y comprometida con los derechos humanos frente al consumo y exposición al humo del tabaco. Por otro lado, con la finalidad de garantizar el ejercicio de este derecho, la CDHDF elaboró observaciones al Dictamen con modificaciones a la iniciativa con proyecto de decreto por el que se expide la Ley de Establecimientos Mercantiles del Distrito Federal, así como a la propuesta de modificación de la Ley General para el Control del Tabaco.

El presente número de la revista *Dfensor* es parte de esa estrategia de difusión y generación de conocimiento que permite ampliar la reflexión y el debate informado sobre las problemáticas, los avances y retos para garantizar el derecho a la salud y el control del tabaco. Quienes colaboraron en este número son personas expertas en el tema, con experiencias profesionales diferentes y diversos ámbitos de acción que posibilitan garantizar una visión *poliédrica* de la situación que se vive sobre el tema en el país y la región. Desde luego, las aristas de este rubro no están agotadas ni las que han sido abordadas son concluyentes, pero es información valiosa que se pone a disposición de las personas y de los colectivos para su discusión y aporte al debate en la materia. D



Fotografía: Ernesto Gómez/CDHDF.

El consumo del tabaco en la ciudad de México

José Armando Ahued Ortega*

* Secretario y director general de los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal desde 2008.

En el Distrito Federal, 30% de la población entre 12 y 65 años de edad fuma tabaco. El problema es tan grave que el Sistema de Información en Salud, que opera la Secretaría de Salud local, reporta que 1445 pacientes han sido atendidos este año. Ante ello, el autor del presente texto señala que los programas de atención al tabaquismo que operan en la ciudad de México buscan concientizar a la población sobre los riesgos del consumo de tabaco y la exposición a su humo, así como brindar tratamiento a quienes quieren abandonar dicho hábito.

El consumo de tabaco –como de cualquier otra droga– plantea un dilema ético. Por un lado, están los efectos nocivos sobre la salud, así como la afectación a terceras personas, a las y los no fumadores, y los daños que el tabaquismo ocasiona a la economía en general, y en particular a las finanzas públicas. Por otro lado, se está ante un derecho humano fundamental, la libertad de las personas de decidir sobre su cuerpo. El filósofo inglés John Stuart Mill plantea así el dilema: "sobre sí mismo, sobre su propio cuerpo y espíritu, el individuo es soberano".[1]

> Este principio –acota Mill– consiste en afirmar que [...] la única finalidad por la cual el poder puede, con pleno derecho, ser ejercido sobre un miembro de una comunidad civilizada contra su voluntad, es evitar que perjudique a los demás. Su propio bien, físico o moral, no es justificación suficiente. Nadie puede ser obligado justificadamente a realizar o no realizar determinados actos, porque eso fuera mejor para él, porque le haría feliz, porque, en opinión de los demás, hacerlo sería más acertado o más justo. Éstas son buenas razones para discutir, razonar y persuadirle, pero no para obligarle o causarle algún perjuicio si obra de manera diferente. [...] La única parte de la conducta de cada uno por la que él es responsable ante la sociedad es la que se refiere a los demás.[2]

El problema está claramente planteado en el fragmento de esta monumental obra que rige el pensamiento filosófico y político de Occidente: respeto a las decisiones del individuo sobre su persona, pero se debe limitar la libertad individual cuando se infringen daños a terceras personas, en este caso, a las y los no fumadores y a la economía del país. Igualmente esboza qué hacer: persuadir a la persona sobre los daños que se ocasiona a sí misma y las afectaciones de su conducta a otras u otros.

Este es el espíritu que anima a la Ley de Protección a la Salud de los No Fumadores en el Distrito Federal. Es decir, ante el dilema de respeto a las decisiones personales sobre recreación y esparcimiento, y los daños de esa conducta a terceras personas, se opta por regular el consumo para proteger a las y los demás. Por esta razón el Gobierno del Distrito Federal (GDF), en lugar de impulsar acciones punitivas, gestiona esta problemática en el ámbito de la salud pública, por lo que el cumplimiento de la ley recayó, en parte importante, en la Secretaría de Salud local.

La problemática

El consumo de tabaco es un producto lícito mientras no esté dirigido a las personas menores de edad. Sin embargo, ocasiona un problema de salud crítico: es la droga que más vidas cobra. En el país fallecen cerca de 60 mil personas al año por enfermedades asociadas al tabaquismo.[3] Las personas que fuman generalmente mueren en plena edad productiva, lo cual priva a sus familias de sustento, afecta la productividad de las empresas y, por lo tanto, mengua el capital humano de la nación.

En este sentido, una de las políticas públicas más importantes de la ciudad de México es la implementación de la Ley de Protección de la Salud de los No Fumadores en el Distrito Federal. En particular me parece afortunado que la legislación contemple que los espacios cerrados sean 100% libres de humo de tabaco, porque auspicia la toma de conciencia sobre los daños del tabaquismo a la salud, salvaguardando así los derechos de las y los no fumadores, en especial de las y los niños. La medida regula, pero respeta la decisión de consumo de las y los fumadores.

En el país fallecen cerca de 60 mil personas al año por enfermedades asociadas al tabaquismo. Quienes fuman generalmente mueren en plena edad productiva, lo cual priva a sus familias de sustento, afecta la productividad de las empresas y, por lo tanto, mengua el capital humano de la nación.

El tabaquismo en la ciudad de México

En el Distrito Federal casi dos millones de habitantes de entre 12 y 65 años de edad son fumadores, lo que equivale a 30% de la población total de la entidad. En la actualidad, el consumo entre mujeres y hombres es de uno a uno.[4]

Las y los adolescentes comúnmente tienen el primer contacto con el tabaco cuando cursan la secundaria; sin embargo, durante el bachillerato se cuadriplica la tendencia de consumo, aquejando por igual a mujeres y hombres.[5]

Las acciones de prevención y atención para reducir el consumo de tabaco se inscriben dentro de las políticas públicas que el GDF despliega mediante la Secretaría de Salud del Distrito Federal (Sedesa). El propósito es dar cumplimiento al derecho humano a la salud, cuyo mandato está previsto en el artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

Por tal motivo, los programas de atención al tabaquismo de la Sedesa tienen como objetivo promover la salud mediante la concientización de la población sobre los riesgos del consumo de tabaco y la exposición a su humo, así como brindar tratamiento a quienes tienen este hábito y desean abandonarlo. Para ello se han considerado tres ejes principales: promoción de espacios libres de humo de tabaco; orientación a la población para retrasar o inhibir el consumo de tabaco, y detección temprana de la persona fumadora.

En la ciudad de México hay siete clínicas de tabaquismo y 32 unidades de especialidad médica-centros de atención primaria en adicciones; de estos últimos hay por lo menos uno por cada delegación política. En estos centros se trabaja principalmente en la prevención del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en niñas, niños y jóvenes entre 12 y 17 años, edades críticas para el inicio de consumo y que, en ocasiones, pueden estar presentando uso, abuso e incluso

dependencia; también se asiste a personas adultas que tienen problemas de consumo.

El servicio que brindan las unidades consiste en pláticas, talleres, orientaciones y tratamiento psicológico, y se emplea un modelo de intervención breve de corte cognitivo conductual. Asimismo, se realizan intervenciones comunitarias en jornadas y ferias de salud, eventos públicos y escuelas, etc., cuyo fin es acercar el servicio a grupos vulnerables al consumo, por medio de actividades para prevenir o retardar el inicio del uso de alcohol, tabaco y otras drogas.

El problema del consumo de tabaco es de tal gravedad que el Sistema de Información en Salud, con el que opera la Sedesa, reporta que 1 445 pacientes atendidos en este año manifestaron que el tabaco precedió al consumo de otras sustancias. A estas y estos usuarios se les invita a participar en alguno de los tratamientos de intervención breve para disminuir o eliminar el consumo.

Para ello, las y los profesionales de la salud tienen el objetivo de enseñar habilidades y técnicas asertivas para que las personas usuarias puedan tener una calidad de vida sin el consumo del tabaco y mitigar, de alguna manera, aquellos daños o secuelas que ya se estén presentando en la persona. Toda esta labor se apega en estricto sentido a los Derechos del Paciente, al Código de Ética y a la normatividad vigente.

El problema del consumo de tabaco es de tal gravedad que el Sistema de Información en Salud, con el que opera la Sedesa, reporta que 1 445 pacientes atendidos en este año manifestaron que el tabaco precedió al consumo de otras sustancias.

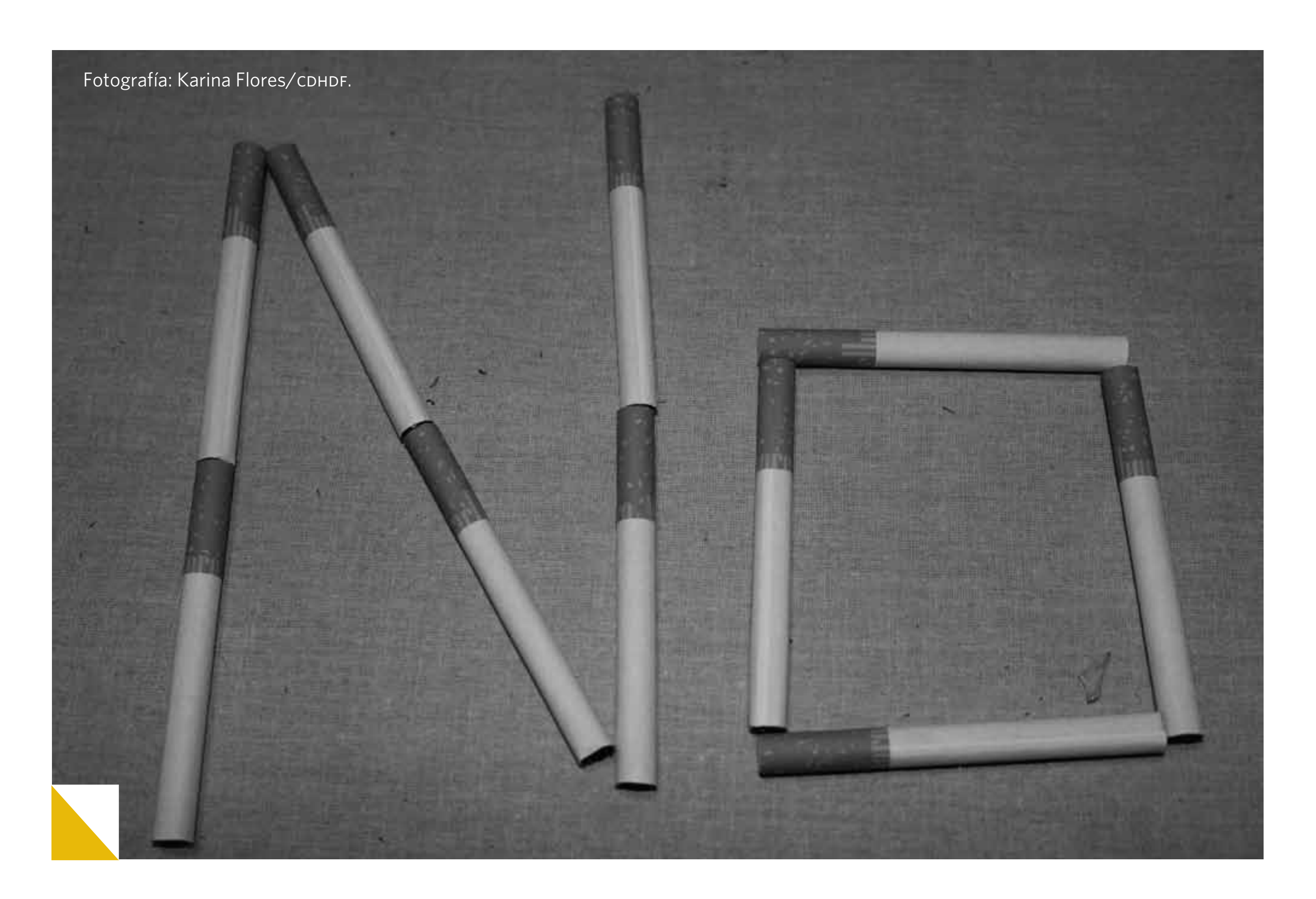
Afectaciones a la salud

Más de 50 diferentes padecimientos mortales están asociados al consumo de tabaco, y sus afectaciones se hacen presentes en la mayoría de los sistemas y órganos del cuerpo humano. Además, está documentado que no sólo el consumo directo de tabaco representa un riesgo para la salud, sino también la exposición al humo de segunda mano es causa de morbilidad, discapacidad y mortalidad. Las afecciones más comunes son las siguientes:

En el *cerebro*: adicción, apoplejía, alteración de la química cerebral y ansiedad; *cabello*: mal olor y decoloración; *oído*: infecciones y pérdida de la audición; *ojos*: ceguera, catarata, escozor, lagrimeo y parpadeo excesivo; *nariz*: cáncer de cavidades nasales y senos paranasales así como disminución del olfato; *boca y garganta*: cáncer en boca, lengua, labios, garganta y laringe, disminución del gusto y mal aliento; *dientes*: enfermedad periodontal, caries, decoloración y pigmentación; *piel*: envejecimiento prematuro y resequedad; *corazón*: ataque cardíaco y aterosclerosis; *abdomen*: cáncer esofágico, gástrico de colon y del páncreas; *hígado*: cáncer; *riñones y vejiga*: cáncer; *manos*: mala circulación y dedos manchados por el alquitrán; *piernas y pies*: enfermedad vascular periférica y gangrena; *sistema inmunológico*: disminución de la resistencia a infecciones; *sistema circulatorio*: enfermedad de Buerguer (inflamación de los vasos sanguíneos) y leucemia mieloide aguda; *sistema óseo*: osteoporosis y fractura de cadera; *pulmones*: cáncer pulmonar, traqueal y bronquial, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, enfisema, bronquitis, tos crónica, disnea, asma y neumonía; *reproducción femenina*: cáncer cervical, insuficiencia ovárica y menopausia prematuras, disminución de la fertilidad y menstruación dolorosa; *reproducción masculina*: infertilidad e impotencia.[6] Además, cabe añadir alteraciones en la sanación de una herida y una mala recuperación postquirúrgica.

Desafíos para la ciudad de México

Los retos para el GDF y la Sedesa son enormes, toda vez que en la entidad se concentra aproximadamente 10% de la población del país. Ante este desafío, se realizan acciones para incentivar la oferta de servicios a través de campañas continuas de prevención y actividades lúdicas para la detección temprana del tabaquismo. Con ello se fomenta que la población infantil y juvenil no consuma tabaco o retrase la edad de inicio en el consumo.



Fotografía: Karina Flores/CDHDF.

Considerando la magnitud del problema que aqueja a las y los capitalinos y los graves daños a la salud y a su calidad de vida, la estrategia de la Sedesa es mantener las acciones a que nos obliga la ley para proteger la salud de las y los no fumadores, fomentando el respeto de los espacios cerrados 100% libres de humo de tabaco y procurando que su número se incremente. Nuestro deber es atender la salud de las y los fumadores y no fumadores, promoviendo los beneficios a la salud. La Ley no es *antifumadores*, sino es un instrumento normativo dirigido a proteger a las personas de la exposición involuntaria al humo de tabaco de segunda mano.

Con la implementación de la legislación arriba mencionada, la ciudad de México es reconocida como la primera entidad del país en declarar espacios cerrados 100% libres del humo de tabaco para proteger la salud de las y los fumadores y no fumadores. Al respecto, el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) realizó un estudio en bares y restaurantes en las entidades federativas de Colima, Morelos, Estado de México y el Distrito Federal, en las que midió la exposición al humo de tabaco ambiental en dichos establecimientos.

El resultado fue que las concentraciones de nicotina en los bares del Distrito Federal fueron significativamente menores que las observadas en los otros estados. Ello pone de manifiesto el gran esfuerzo de los actores involucrados en el cumplimiento de la Ley,[7] y nos motiva a mantener y continuar con esta política pública. Así contribuimos a reducir los daños por enfermedades asociadas al consumo de tabaco, sin menoscabo de las libertades individuales.

En otro estudio de impacto, el mismo INSP evaluó la asociación entre la implementación de la Ley y las hospitalizaciones y muertes por infarto agudo de miocardio y enfermedades cerebrovasculares, y encontró una alta correlación entre ambos factores. El trabajo demostró que se redujeron 15.9% las hospitalizaciones relacionadas con enfermedades cerebrovasculares, además de una disminución de 14.2% de los internamientos en hospitales, con un descenso de 2.8% en la mortalidad por infarto agudo de miocardio.[8]

Por otro lado, la Organización Mundial de la Salud ha llamado a los gobiernos a tomar medidas que reduzcan el consumo mediante políticas útiles y de aplicación viable, una de las más reconocidas a nivel internacional es la estrategia MPOWER, acrónimo en inglés que explica sus líneas de acción; *Monitor*: monitorear el consumo de tabaco y las políticas de prevención; *Protect*: proteger a las personas de la exposición al humo de tabaco ajeno; *Offer*: ofrecer ayuda para dejar el consumo de tabaco; *Warn:* advertir sobre los peligros del tabaco; *Enforce:* hacer cumplir las prohibiciones sobre publicidad, promoción y patrocinio; *Raise*: aumentar los impuestos sobre el tabaco,[9] que es considerada la más eficaz para la reducción del consumo y ayudar a los Estados a recaudar mayores ingresos que pueden ser usados en programas sociales y de atención a la salud.

Con base en lo anterior, a nivel internacional se han implementado acciones para desalentar el consumo de tabaco a través del aumento del impuesto a este producto, y restringir la publicidad relacionada con el tabaco en medios masivos de comunicación y la inserción de etiquetado de advertencia en cajetillas, etcétera.

La OMS ha llamado a los gobiernos a tomar medidas que reduzcan el consumo de tabaco mediante políticas útiles y de aplicación viable, una de las más reconocidas a nivel internacional es la estrategia MPOWER.

Con el propósito de alcanzar una sociedad sana y democrática, el Gobierno del Distrito Federal y la Secretaría de Salud local estamos comprometidos con la salud, las libertades y los derechos humanos tanto de las y los no fumadores como de quienes tienen el hábito de fumar. Por tales razones, el reto es fortalecer el trabajo de prevención y de atención a la salud de las y los capitalinos, así como promover el respeto a los espacios cerrados libres de humo de tabaco, política que ha demostrado ser una medida eficaz para proteger, preservar y salvaguardar la salud de todas y todos los que vivimos o transitamos por la capital de la República mexicana. D

NOTAS

1 John Stuart Mill, *Sobre la libertad*, Madrid, Alianza editorial, 2001.
2 *Ibidem*.
3 María Elena Medina Mora (coord.), *Tabaquismo en México. ¡Cómo evitar 60, 000 muertes prematuras!*, México, El Colegio Nacional, 2010.
4 Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, *Encuesta de Consumo de Drogas en Estudiantes del Distrito Federal*, México, 2013.
5 Omar Shafhey *et al.*, *El atlas del tabaco*, Canadá, American Cancer Society, 2009.
6 Instituto Nacional de Salud Pública, *Lugares 100% libres de humo de Tabaco: exposición a humo de tabaco y efectos a la salud en bares y restaurantes de México*, México, INSP, 2009.
7 INSP, *Impacto de ambientes libres de humo de tabaco en el Distrito Federal sobre morbilidad y mortalidad*, México, INSP, 2010.
8 *Ibidem*.
9 *Véase* OMS, *Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo 2009*, OMS, Ginebra, 2010.



Cortesía: Fundación InterAmericana del Corazón México.

Avances en materia de atención de la adicción al tabaco en la ciudad de México

Alor Ricardo Ruiz Hernández*

*Licenciado en Psicología por la Universidad del Valle de México, con maestría en el Estudio de las adicciones por la Universidad Hebraica. Es especialista en el Tratamiento de las adicciones y en la Promoción de la salud y prevención del comportamiento adictivo, y de Global Tobacco Control. Actualmente es subdirector de Tratamiento en el Instituto para la Atención y Prevención de las Adicciones en la Ciudad de México.

En este texto su autor refiere que la lucha contra el tabaco en la ciudad de México ha tenido avances significativos pero aún está lejos de concluir y el reto es todavía grande, pues éste continúa siendo un grave problema de salud pública que impacta especialmente a niños, niñas y adolescentes, y que provoca en el país alrededor de 66 000 muertes al año por patologías atribuibles a su consumo.

Tabaquismo, una triste historia, muchas veces repetida

Desde hace ya 50 años sabemos que las personas que fuman tienen mayores probabilidades de padecer más enfermedades y de morir por causa de ellas.[1] Es sorprendente cómo la evidencia científica ha aumentado la lista de padecimientos y de otros efectos adversos para la salud causados por fumar y por la exposición de las personas no fumadoras al humo del tabaco, aunque más sorprendente aún es el hecho de que lo hayan ignorado, haciendo del tabaquismo la principal causa de muerte prevenible que en el siglo XX provocó 100 millones de muertes a nivel mundial.[2]

La mayoría de los decesos ha ocurrido en personas adultas que fumaban, pero no son los únicos; mujeres, adolescentes, niñas y niños que no fumaban y respiraron humo de tabaco ajeno también han sido víctimas. Estimaciones indican que en México mueren cada año aproximadamente 66 000 personas por patologías atribuibles al consumo de tabaco, de éstas más de 7 000 ocurren en el Distrito Federal.[3] Otros estudios indican que hay 12.5 millones de mexicanos que nunca han fumado, pero que se encuentran expuestos al humo de tabaco,[4] lo cual trae como resultado enfermedades, incapacidades y muertes prematuras que representan un alto gasto económico para las personas, las familias y el Estado – calculadas en hasta 75 000 millones de pesos–,[5] pero sobre todo que causan inestimables costos en sufrimiento para quienes enferman, padecen secuelas como alguna discapacidad y pierden a un ser querido.

La epidemia del tabaquismo fue originada y sigue siendo mantenida por las estrategias agresivas y nada éticas de la industria tabacalera, cuyo objetivo es vender cigarros sin considerar los enormes costos humanos.[6] Esta enfermedad es inducida

entre quienes son más vulnerables a las estrategias comerciales: niñas, niños y adolescentes. El hecho de que se empiece a fumar a temprana edad aumenta la probabilidad de generar dependencia a la nicotina, una de las adicciones más severas que merma las potenciales de desarrollo y una vida activa, sana y productiva, además de que lastima el interés superior de la infancia consagrado en nuestra Constitución. La causa es clara, en el negocio de enfermar se producen cada año seis billones de cigarros, los suficientes para crear una cadena continua desde la Tierra a Marte, ida y vuelta varias veces,[7] con utilidades suficientes también para frenar o entorpecer iniciativas.

Una respuesta al problema mundial de salud que representa el tabaquismo se realizó en el marco de la 56ª Asamblea Mundial de la Salud con la adopción del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (CMCT), primer y único tratado internacional auspiciado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), que busca proteger a las generaciones presentes y futuras de las devastadoras consecuencias sanitarias, sociales y económicas del consumo de tabaco y de la exposición al humo de tabaco.[8] México fue el primer país de América en ratificarlo, con lo que se ha progresado pero aún hay mucho por hacer.

Valor y responsabilidad, principales acciones de atención

Acciones eficaces contra el tabaquismo hacen necesaria una intervención en los tres niveles de prevención, desde la promoción, el fomento de la salud y la protección específica, hasta el diagnóstico temprano y tratamiento oportuno.

> En la 56ª Asamblea Mundial de la Salud se adoptó el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco, que busca proteger a las generaciones presentes y futuras de las consecuencias sanitarias, sociales y económicas del consumo y la exposición al humo de tabaco.

Evitar o retrasar el inicio del consumo es una de las medidas más complicadas pero también esenciales en materia de salud pública, y aunque la ciudad de México enfrenta un escenario complejo en la atención al tabaquismo –al tener la prevalencia más alta en el país (30.8%)– también es donde se concretó y continúa una de las medidas obligadas y más reconocidas para garantizar el derecho de todas y todos sus habitantes al máximo nivel de salud posible, mediante la protección contra la exposición involuntaria al humo del tabaco.

La ciencia ha demostrado de forma inequívoca que la exposición al humo de tabaco es causa de mortalidad, morbilidad y discapacidad,[9] que no existen niveles seguros de exposición al humo de tabaco ajeno[10] y que espacios libres de humo de tabaco es la disposición más eficaz y ética para evitar la exposición involuntaria y proteger la salud de quienes no fuman; estas acciones hacen menos accesible y atractivo fumar, protegen a las y los no fumadores y favorecen que quienes lo hacen disminuyan su consumo y busquen ayuda para dejarlo.

Así, en la ciudad de México, con la participación de la sociedad civil, organizaciones no gubernamentales y el gobierno se logró en 2008 aprobar una reforma a la Ley de Protección a la Salud de los No Fumadores del Distrito Federal, que la convirtió en la primera del país en ser 100% libre de humo de tabaco, ya que eliminaba la posibilidad de que en los espacios públicos cerrados se contara con áreas para fumar en su interior –incluyendo el transporte público– y sin permitir lugares designados para personas fumadoras. Este logro le valió el reconocimiento internacional, y la convirtió en caso de estudio y ejemplo para otras legislaturas.[11] Es uno de los mayores éxitos en materia de prevención del tabaquismo.

Aún luchamos por hacer valer el respeto irrestricto a los espacios libres de humo de tabaco, lidiamos por defender los espacios ganados y es nuevamente en la ciudad de México donde se innova y desarrollan herramientas tecnológicas que facilitan y promueven la denuncia ciudadana de establecimientos que incumplen la ley, ejemplo de esto es la aplicación Ciudad sin humo, que empodera a la sociedad, a las organizaciones y al gobierno, aumenta e intensifica

la acción colectiva y robustece el cumplimiento de la ley, que al ser aplicada protege nuestro derecho a la salud.[12]

No en todos los casos se ha evitado la exposición ni el consumo, por lo que las y los fumadores requieren especial interés y atención, diagnosticarlos y atenderlos tempranamente puede salvar muchas vidas. Hoy las personas que fuman consumen cigarros que se han vuelto más letales, con una mezcla mayor a 7000 sustancias químicas y que liberan más nicotina, en forma más rápida que antes, haciéndolos también más adictivos.[13] Todos los cigarros son dañinos y toda exposición al humo de tabaco puede causar daños, tanto inmediatos como a largo plazo. No hay nivel de consumo de tabaco que sea inocuo ni cigarro que sea seguro.

La necesidad de intervenir con prontitud en las personas que fuman motivó a que en la ciudad de México, mediante Locatel, se operara un servicio de atención telefónica que ofrece tratamiento especializado para dejar de fumar. Las llamadas son atendidas por un profesional y las y los usuarios reciben apoyo y asesoramiento en sesiones individuales y de seguimiento; también se apoya a quienes han dejado de fumar y tienen riesgo de volver a hacerlo. Estas acciones proporcionan mayor libertad, accesibilidad y flexibilidad, ya que es posible acceder a la atención las 24 horas al día, los 365 días del año, en el momento y lugar que se elija, interviniendo pertinentemente en una enfermedad que de no atenderse puede volverse crónica, progresiva, recurrente, incurable y mortal.

Poner a disposición de las personas que fuman recursos para disminuir o suprimir el consumo requiere considerar a aquellas que operan el transporte público de la ciudad, dado que su condición laboral les dificulta apartarse de sus vehículos; por ello, se desarrollan audios de autoayuda, en forma de intervención breve, que guía a la persona usuaria por diferentes etapas para poner en marcha acciones de cesación.

Quizá el mayor reto para la prevención sea llegar a las personas menores de edad, ya que la mayoría de quienes consumen cigarros comienzan a hacerlo cuando son niñas, niños o adolescentes, y se ha comprobado que la publi-



Cortesía: Fundación InterAmericana del Corazón México.

cidad, promoción y patrocinio de los productos de tabaco está estrechamente vinculada con el inicio temprano de su consumo.[14] Son diversas las actividades preventivas que se realizan en escuelas, tanto por el gobierno como por asociaciones civiles, la labor es ardua y constante por fortalecer a quienes son más vulnerables, y se han logrado mejores resultados cuando ésta se acompaña de materiales impresos, digitales y audiovisuales; sin embargo, aún se requiere estrechar lazos de colaboración, ampliar las intervenciones y fortalecer los programas de educación y concientización hacia padres y madres, quienes en ocasiones son ejemplo de conductas inapropiadas al fumar en presencia de sus hijas e hijos, como lo indican estudios sobre la prevalencia de exposición al humo de tabaco ajeno de 30.2%, contacto que es más frecuente entre jóvenes y en el hogar.[15]

Medidas como las que se han mencionado impulsan el bienestar colectivo, favorecen la salud de las y los habitantes de la ciudad de México y protegen a las personas de seguir sufriendo a causa del tabaco, son pasos en sentido positivo que no deben descuidarse, que deben reconocerse y aún enriquecerse.

Pendientes y propuestas, hacia generaciones libres de tabaco

Hay avances en la lucha contra el tabaquismo desde la adhesión de México al CMCT hasta la ley federal correspondiente y la Ley de Protección a la Salud de los No Fumadores, con espacios 100% libres de humo de tabaco que se lograron innovar en el Distrito Federal, no obstante, la labor está lejos de concluir y el reto es aún grande, pues el tabaquismo continúa siendo un grave problema de salud pública que impacta especialmente a niñas, niños, adolescentes y a las mujeres; y la industria tabacalera no cesa en hacer exitosa su intención para atraer nuevos consumidores, además de que tiene poderosos defensores.

Según el Instituto para la Atención y Prevención de las Adicciones en la Ciudad de México, niñas, niños y adolescentes están en riesgo constante de consumir tabaco, y refiere una considerable diferencia entre quienes fuman tabaco en secundaria (6%), frente a quienes fuman en bachillerato (26%).

Ante los problemas que enfrentamos con las nuevas tendencias en el consumo de tabaco, las acciones preventivas requieren fortalecerse y complementarse con otras medidas que garanticen el derecho a la salud, para que con base en los éxitos obtenidos y ejemplos internacionales se busque plantear el aumento de los espacios libres de humo a los lugares abiertos de concurrencia colectiva como plazas, estadios, mercados y parques, y a otros privados como automóviles con niñas, niños, adolescentes, mujeres embarazadas o personas adultas mayores en su interior. Estrategias como ésta protegen y favorecen la salud, además que son acciones que aprueba la mayoría de la población.[16]

Niñas, niños y adolescentes están en constante riesgo de consumir tabaco, así lo señala el estudio de medición realizado por el Instituto para la Atención y Prevención de las Adicciones en la Ciudad de México (IAPA) y el Instituto Nacional de Psiquiatría que muestra una considerable diferencia entre quienes fuman tabaco en secundaria (6%), frente a quienes fuman en bachillerato (26%), diferencia que es 4.3 veces mayor entre un nivel escolar y otro,[17] por lo que es necesario intervenir con ahínco en las escuelas, identificando a las y los consumidores, aplicando al ingreso del ciclo escolar instrumentos de tamizaje y habilitando al personal con herramientas de consejos breves para su pronta atención.

El ejemplo es crucial y necesaria la congruencia, por lo que es ineludible promover que personal médico, de enfermería, odontología, sicología y demás ramas en salud, dejen de fumar, dada su importancia por desempeñar una función como educadores y en la promoción de comportamientos saludables; es idóneo proponer que la prevención del tabaquismo forme parte del currículum de estas carreras.

Hay compromisos pendientes, como cumplir la prohibición de vender tabaco a personas

menores de edad, no tolerar la venta de cigarros sueltos, restringir la exhibición de productos de tabaco en los puntos de venta que son colocados cerca de dulces y productos para niñas y niños, y a la vista de ellos, favoreciendo que los identifiquen como productos cotidianos e inofensivos. Uno de los deberes más trascendentes y aceptados es aumentar los impuestos a los cigarros.

Por todos aquellos que sufren y han muerto a causa del tabaquismo podemos, y es responsabilidad de todas y todos, desde cada ámbito del quehacer, continuar actuando, salvar millones de vidas en las décadas venideras, conseguir que el tabaquismo deje de ser un *holocausto*[18] y la principal causa prevenible de enfermedad y muerte. Si aplicamos nuevas estrategias de manera constante y generalizada, y si defendemos enérgicamente los avances logrados podemos acercarnos más a la meta de evitar el consumo y en un futuro próximo lograr generaciones libres de tabaco.

NOTAS

1 Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos, *Las consecuencias del tabaquismo en la salud. 50 años de progreso. Informe de la Dirección General de Servicios de Salud de los Estados Unidos*, Atlanta, Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos/Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades/Centro Nacional para la Prevención de Enfermedades Crónicas y Promoción de la Salud/Oficina de Tabaquismo y Salud, 2014.

2 Organización Mundial de la Salud, *Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo, 2008. Plan de medidas MPOWER*, Ginebra, OMS, 2009, p. 12.

3 Fundación Interamericana del Corazón (FIC) México, *Monitor ciudadano sobre el control del tabaco en México*, México, FIC México, 2013, p. 43.

4 Secretaría de Salud, *Encuesta Nacional de Adicciones 2011. Reporte de Tabaco*, México, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (INPRFM), 2012, p. 28.

5 Comisión Federal de Mejora Regulatoria, *Tabaquismo en México: análisis y recomendaciones de mejora regulatoria*, México, Comisión Federal de Mejora Regulatoria, 2012, p. 16.

6 *Idem*, p. 22.

7 Michael Eriksen *et al.*, *The Tobacco Atlas*, Atlanta, American Cancer Society, 2015, p. 49.

8 OMS, *Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco*, Ginebra, OMS, 2005.

9 OMS, *Informe OMS sobre la Epidemia Mundial de Tabaquismo, 2009, Consecución de ambientes libres de humo de tabaco*, Ginebra, OMS, 2010, p. 12.

10 OMS, *Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco. Directrices sobre la protección contra la exposición al humo de tabaco*, Ginebra, OMS, 2013, p. 23.

11 Jon Dawson *et al.*, *México, DF: Ciudad libre de humo de tabaco, estudio de caso*, Unión Internacional Contra la Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias, 2009.

12 Ciudad sin humo, "Ciudad sin humo. Únete, los espacios100% libres de humo de tabaco son tu derecho", disponible en <http://bit.ly/1X10LJa>, página consultada el 20 de agosto de 2015.

13 Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos (HHS), *Informe de la Cirujana General de los Estados Unidos: El humo del tabaco causa enfermedades: cómo le afecta a usted*, HHS/Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades/Centro Nacional para la Prevención de Enfermedades Crónicas y Promoción de la Salud/Oficina de Tabaquismo y Salud, 2010, p. 2.

14 Organización Panamericana de la Salud, "La Rentabilidad a costa de la gente actividades de la Industria Tabacalera para comercializar cigarrillos en América Latina y el Caribe, y minar la Salud Pública", en *Revista Cubana de Salud Pública*, 2003, 29-2, La Habana, Ciencias Médicas, abril-junio de 2003, pp. 188 y 189.

15 Secretaría de Salud, *Encuesta Nacional de Adicciones 2011. Reporte de Tabaco*, *op. cit.*, p. 28.

16 Instituto para la Atención y Prevención de las Adicciones en la Ciudad de México (IAPA), *Estudio Tabaquismo Ciudad de México. Encuesta en hogares*, México, IAPA, 2013, p. 5.

17 J. Villatoro *et al.*, *Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en la ciudad de México. Medición 2012*, México, INPRFM/IAPA/Administración Federal de los Servicios Educativos para el Distrito Federal, 2013.

18 Francisco Javier López-Espino y de Antuñano, *Movimiento social: con base en la consciencia pública; contra el holocausto del tabaco. Origen y consecuencias del humo toxico de tabaco, guía para la erradicación de atmósferas envenenadas*, México, IAPA, 2013, p. 35.



Cortesía: Fundación InterAmericana del Corazón México.

Las políticas públicas sobre el control del tabaco en México

Erick Antonio Ochoa*

*Director de Políticas Públicas en la Fundación InterAmericana del Corazón México.

México se ha rezagado en el avance de las políticas de control de tabaco, aunque es uno de los 29 países, de los 33 existentes que han ratificado el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco, está lejos de aquellos que han logrado un progreso notable; es tiempo de que tome decisiones más asertivas sobre la protección del derecho a la salud de su población, señala el autor en el presente texto.

Introducción

El 28 de mayo de 2004 México se convirtió en el primer país del continente americano en ratificar el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (CMCT), que es el primer y único tratado internacional bajo los auspicios de la Organización Mundial de Salud (OMS).[1] Lo que parecía un futuro prometedor –con compromisos específicos de un tratado que en sí mismo constituye una serie integral de políticas públicas– se ha desdibujado con el escaso avance en el diseño y la implementación de leyes, planes y programas.

La importancia del CMCT y su impacto mundial

El 27 de febrero de 2015 se cumplieron 10 años de la entrada en vigor del CMCT, un tratado internacional firmado por 180 países que insta a los gobiernos a actuar sobre una adicción que mata a cerca de 6 000 000 de personas al año, de las cuales 600 000 son expuestas al humo de tabaco, no consumidoras.[2]

La mortalidad atribuible al consumo de tabaco es superior al consumo nocivo de alcohol o de drogas ilícitas. Mientras que en 2012 murieron 3.3 millones de personas a consecuencia del consumo nocivo de alcohol,[3] se estima que 187 100 murieron por consumir drogas ilícitas en 2013.[4] Es decir, la letalidad de los productos de tabaco duplica la mortalidad del alcohol y supera 32 veces la letalidad de las drogas ilícitas.

En 10 años el CMCT ha registrado progresos significativos:

- El 80% de los Estados Parte –países que han ratificado el CMCT– ha fortalecido sus leyes existentes o adoptado una nueva regulación para el control del tabaco.
- La mayoría de los Estados Parte ha incrementado los impuestos para reducir el consumo. En promedio, el precio de las cajetillas de cigarros ha aumentado 150% en los últimos cinco años. Además, como un mecanismo de financiamiento eficaz,

más de 40 países usan los impuestos para fortalecer sus programas específicos contra el tabaquismo.

- Al 31 de diciembre de 2014, 48 naciones han impuesto una prohibición total de fumar en espacios públicos cerrados, áreas interiores de trabajo o transporte público. En 2005 únicamente cinco tenían una regulación con tales alcances.
- En 2005 sólo seis países habían instrumentado pictogramas o advertencias gráficas en los empaques de productos de tabaco con tamaño superior a 50%. Hacia fines de 2014, 43 naciones habían implementado pictogramas de tales características. Algunas –Australia y Reino Unido– han aprobado empaques genéricos, esto es, con un solo color y espacio reducido para marcas y elementos de marca.[5]

Con la instrumentación integral de políticas sugeridas en el Convenio Marco, algunos Estados han alcanzado una prevalencia de consumo de tabaco igual o inferior a 5% –Finlandia, Irlanda y Nueva Zelanda, por ejemplo–. Otros países, con la debida aplicación del CMCT han reducido las muertes prematuras en 25% o la prevalencia en personas menores de 15 años de edad en 30 por ciento.[6]

Retos y perspectivas del control del tabaco en México

México se ha rezagado en el avance de las políticas de control de tabaco. Si bien es uno de los 29 países, de los 33 existentes que han ratificado el CMCT, está lejos de aquellos que han logrado un progreso notable, como Uruguay, Brasil, Chile y Panamá.

La Ley General para el Control del Tabaco, aprobada en 2008 por el Congreso de la Unión –por lo que tiene un alcance nacional– tiene graves deficiencias. Una de ellas es que al admitir espacios reservados para fumadores en lugares cerrados viola el CMCT. En 16 países de América Latina y el Caribe han adoptado políticas integrales de ambientes libres de humo, esto es, no admiten fumar en espacios públicos cerrados, áreas interiores de trabajo o transporte público.[7]

La protección de espacios libres de humo de tabaco es una pieza clave para disminuir la prevalencia. Uruguay, el primer país en la región que adoptó los ambientes libres de humo en 2005, aunado al diseño e implementación de otras políticas, en 10 años redujo la prevalencia en 25 por ciento.[8]

Una de las escasas políticas donde México sale bien evaluado en los informes anuales de la OMS sobre la situación del tabaquismo, es en el tamaño de las advertencias sanitarias. Con 30% en la parte frontal, con pictograma o imagen, y 100% en la parte de atrás, con leyendas sanitarias, en promedio suma 65%. Sin embargo, otros países de la región tienen imágenes más grandes en los empaques de productos de tabaco, como Uruguay (80%), Brasil (65%), Jamaica y Ecuador (60 por ciento).[9]

La tónica, especialmente en la tercera, quinta, sexta y séptimas rondas de pictogramas instrumentadas por la Secretaría de Salud federal, es la repetición de imágenes, lo cual viola la prescripción del CMCT que deben ser rotativas y novedosas.

En el diseño, la Ley General para el Control del Tabaco incumple con el CMCT en la prohibición total de publicidad, promoción y patrocinio, pues admite excepciones de publicidad y promoción en revistas para personas adultas, sitios de acceso exclusivo para éstas y correo personal. Así, la ley nacional nos coloca al mismo nivel que Antigua y Barbuda, Bahamas, Barbados, Belice, Cuba, Dominica, Granada, Guatemala, Guyana, Haití, Nicaragua, Paraguay, Perú, República Dominicana, entre otros. En la región destacan Brasil, Chile, Colombia, Panamá, Surinam y Uruguay que sí

La Ley General para el Control del Tabaco, aprobada en 2008 por el Congreso de la Unión –por lo tanto de alcance nacional– tiene graves deficiencias. Una de ellas es que viola el CMCT, al admitir espacios reservados para fumadores en lugares cerrados.

tienen leyes nacionales que prohíben la publicidad, la promoción y el patrocinio de productos de tabaco.

En la política fiscal, los productos de tabaco en México tuvieron un aumento impositivo en 2011. Mediante una reforma a la Ley del Impuesto Especial sobre Producción y Servicios, el Congreso de la Unión aprobó un incremento acumulado de siete pesos por cajetilla. Sin embargo, al no estar indexados a la inflación, esto es, al no ajustarse conforme al índice general de precios al consumidor, los impuestos han disminuido en términos reales.

Hoy, otros países como Chile (81.2%), Cuba (75.2%), Ecuador (73%), Costa Rica (71.5%), Venezuela (71%), Uruguay (68.7%) y Argentina (67.8%) tienen impuestos más altos que México (66.6%).[10] Esto es inadmisible en un contexto de crisis fiscal, como en el que se encuentra nuestro país desde el año pasado por la disminución del precio internacional del petróleo, una importante fuente de divisas.

Aquí hay una oportunidad para que el Congreso y el Ejecutivo federal consideren el tema en 2016, sobre todo para compensar el costo gubernamental del tratamiento por enfermedades atribuibles al consumo de tabaco, estimado entre 43 mil millones de pesos[11] y más de 75 mil millones de pesos anuales.[12]

Conclusiones

En breve se conocerán los resultados de la Encuesta Global de Tabaquismo en Adultos 2015, un esfuerzo notable de la Comisión Nacional contra las Adicciones para medir el impacto de las políticas públicas. Si no tenemos buenos indicadores –se espera un aumento en la prevalencia de consumo en mujeres, dada la tendencia en los últimos años– es por la debilidad de las políticas diseñadas e instrumentadas.

Un atisbo de esperanza podría configurarse en el Congreso, con las iniciativas presentadas por la senadora Maki Esther Ortíz Domínguez (diciembre de 2013) y más recientemente con



Cortesía: Fundación InterAmericana del Corazón México.

las propuestas presentadas por los diputados Germán Ernesto Ralis Cumplido (septiembre de 2015) y Javier Octavio Herrera Borunda (octubre de 2015), todas a la Ley General para el Control del Tabaco.

El impulso de organizaciones civiles para las propuestas legislativas es indudable. Junto a otras organizaciones, la Fundación InterAmericana del Corazón México ha estado enfocada en mejorar las políticas.

Para el avance del control del tabaco es fundamental un mayor activismo del gobierno federal, que si bien consideró los ambientes libres de humo como un eje central del Programa Especial de Atención y Prevención de las Adicciones, poco ha hecho para avanzar en un proceso legislativo donde el mayor opositor ha sido el Partido Revolucionario Institucional.

El reloj de las políticas de control de tabaco avanza en América Latina y México no debería rezagarse más. Alguna vez nuestro país tuvo liderazgo en la región. Es una pena que otros gobiernos tomen decisiones más asertivas sobre la protección del derecho a la salud de su población.

NOTAS

1 En el proceso de firma, ratificación y entrada en vigor del CMCT otros países firmaron o pusieron en vigor el tratado antes que México, que sí fue el primero en ratificarlo. Mientras que nuestro país firmó el CMCT el 12 de agosto de 2003, Brasil y Paraguay lo habían hecho el 16 de junio de ese año; Uruguay, tres días después; Costa Rica, el 3 de julio; Haití, el 23 de ese mes y Canadá hizo lo propio el 15 de julio. La entrada en vigor del CMCT –el 27 de febrero de 2005– puso a nuestro país en el grupo de Canadá, Uruguay, Panamá y Trinidad y Tobago.

2 *Véanse* OMS, *Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo 2013*, Ginebra, OMS, 2013; y OMS, "Tabaco", Nota descriptiva núm. 339, mayo de 2014, disponible en <http://bit.ly/1eyrkjy≥, página consultada el 10 de noviembre de 2015.

3 Si bien 5.9% del total de muertes son atribuibles al consumo nocivo de alcohol, la proporción de muertes conforme al sexo tiene diferencias significativas. Mientras que en 2012, 7.6% de las muertes en hombres se deben al consumo nocivo de alcohol, en mujeres esta proporción es 4%. El porcentaje agregado es superior a las muertes por virus de inmunodeficiencia humana /síndrome de inmunodeficiencia adquirida (2.8%), tuberculosis (1.7%) o violencia (0.9%). *Véase* WHO, *Global status reporto on alcohol and health 2014*, Ginebra, WHO, 2014, disponible en <http://bit.ly/1zMeySy>, página consultada el 10 de noviembre de 2015.

4 Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC), *Informe Mundial sobre las Drogas 2015. Resumen Ejecutivo*, Viena, UNODC, junio de 2015, disponible en <http://bit.ly/1Ke20wC>, página consultada el 10 de noviembre de 2015.

5 Con la introducción del empaque genérico en Australia, en un año, la prevalencia de consumo en población adulta disminuyó 15%, al pasar de 15.1% al 12.8% a mediados de 2013. *Véase* Zosia Kmietowicz, *Australia sees large fall in smoking after introduction of standardised packs*, vol. 349, British Medical Journal, 2014, p. 4689.

6 WHO Framework Convention on Tobacco Control, *10th Anniversary of the WHO Framework Convention on Tobacco Control. Saving lives for a decade*, Suiza, WHO FCTC, 2015, p. 10, disponible en <http://bit.ly/1NBtoCf>, página consultada el 10 de noviembre de 2015.

7 Patricia Sosa, "Situación de las políticas del control del tabaco en América Latina y el Caribe en comparación con México", en Fundación InterAmericana del Corazón (FIC) México *et al.*, *10 años del CMCT. Retos y perspectivas del control del tabaco en México. Informe de la Sociedad Civil sobre los avances del CMCT 2015*, México, FIC México, 2015, pp. 5 y 6, disponible en <http://bit.ly/1S1Om10>, página consultada el 10 de noviembre de 2015.

8 *Ibidem*, p. 4.

9 *Ibidem*, p. 7.

10 FIC México *et al.*, *10 años del CMCT. Retos y perspectivas del control del tabaco en México. Informe de la Sociedad Civil sobre los avances del CMCT 2015*, *op. cit.*, p. 9.

11 FIC México, *Monitor Ciudadano sobre el control del tabaco en México*, México, FIC México, diciembre de 2013, p. 14, disponible en <http://bit.ly/1MO4DSH>, página consultada el 10 de noviembre de 2015.

12 Hugh Waters *et al*, *La economía del tabaco y los impuestos al tabaco en México*, Unión Internacional contra la Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias, París, 2010, disponible en <http://bit.ly/1QsHuw5>, página consultada el 10 de noviembre de 2015.



Cortesía: Fundación InterAmericana del Corazón México.

El derecho humano a la salud y control del tabaco

Federico Vera Pérez*

*Subdirector para la Incidencia en Políticas Públicas, en la Coordinación de Vinculación con la Sociedad Civil y de Políticas Públicas de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal.

El presente trabajo busca fundamentar la relación entre el derecho a la salud y el control del tabaco, lo que implica la obligación del Estado mexicano –que incluye a los organismos públicos de derechos humanos– de emprender acciones que permitan cumplir con los compromisos internacionales de México en lo referente al control de tabaco. Asimismo, el autor señala que estas acciones tendrían que encuadrarse en las obligaciones generales contenidas en la Constitución de respetar, proteger y garantizar.

El consumo de tabaco y la exposición al humo de éste tiene severas consecuencias para la salud de las personas y en las finanzas públicas en la materia. Por ello, el ejercicio del derecho humano a la salud y el control del tabaco por parte del Estado están relacionados en la medida en que las disposiciones jurídicas, administrativas y los cursos de acción destinados a cumplir con dicho control aseguran el ejercicio del derecho a la salud de todas las personas.

La epidemia mundial de tabaquismo y salud

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha señalado que el consumo de tabaco está relacionado con diversos tipos de cáncer, entre ellos el de pulmón, laringe, riñón, vejiga, estómago, colon, cavidad oral y esófago; con leucemia, bronquitis crónica, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y cardiopatía isquémica, además del infarto, aborto y parto prematuro, defectos de nacimiento e infertilidad, entre otros padecimientos; los cuales son prevenibles, por lo que el sufrimiento, la pérdida de años de vida productiva y el costo económico podrían evitarse. El consumo de tabaco produce perjuicios económicos para las familias y los países debido a los salarios que dejan de percibirse, la reducción de la productividad y el aumento en los costos de la asistencia sanitaria.[1]

El tabaquismo representa un problema global con graves consecuencias para la salud pública, pues anualmente se le atribuyen cerca de 6 millones de muertes por su consumo y exposición.[2] En México la Encuesta Nacional de Adicciones 2011 (ENA 2011) reporta una prevalencia de consumo activo de tabaco de 21.7%, lo que corresponde a 17.3 millones de fumadoras y fumadores.[3] Asimismo, señala que cada año mueren más de 66 000 personas[4] y el sistema de salud público gasta más de 61 000 millones de pesos

anuales en la atención de las cuatro principales enfermedades asociadas a su consumo: cáncer de pulmón, enfermedades cerebrovasculares, EPOC e infarto agudo al miocardio.[5]

Por último, es común pensar que fumar es una opción exclusivamente personal. Sin embargo, la OMS no lo considera así, pues la mayoría de las y los fumadores que desea abandonar su hábito cuando adquiere plena conciencia de los efectos que tiene en su salud, les resulta difícil dejarlo debido a que la nicotina es muy adictiva. Además, la industria tabacalera a nivel mundial es poderosa, gasta decenas de miles de millones de dólares anualmente en comercialización, y se sirve de grupos de presión y publicistas muy cualificados para mantener e incrementar el consumo de tabaco.[6]

Los datos son alarmantes e indican consecuencias para la salud de las personas, en términos individuales y sociales. En ese sentido, en tanto afectación a la salud, el Estado está obligado a brindar atención médica a los problemas de salud relacionados con el tabaco, ofrecer información clara y amplia sobre las consecuencias de su consumo, y vigilar los procesos de producción, distribución y comercialización de estos productos a través de marcos jurídicos, medidas administrativas y fiscales, entre otras. Lo anterior de acuerdo con los instrumentos internaciones de derechos humanos, como a continuación se expone.

El derecho humano a la salud

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y los instrumentos internacionales fundamentan la obligación del Estado mexicano de implementar acciones de control del tabaco que garanticen el ejercicio del derecho a la salud, así como sus obligaciones conforme a los artículos 1° y 4° constitucionales. Por otro lado, diversos instrumentos internacionales de derechos humanos –por ejemplo, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (artículo 12)– han establecido que la salud es un derecho fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos. Con la finalidad de exponer la relación entre derecho a la salud y el control del tabaco se tomarán como base la Observación General núm. 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Comité DESC) de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) y el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (CMCT) de la OMS.

La industria tabacalera a nivel mundial es poderosa, gasta decenas de miles de millones de dólares anualmente en comercialización, y se sirve de grupos de presión y publicistas muy cualificados para mantener e incrementar el consumo de tabaco.

Observación General núm. 14

La Observación General núm. 14 es fundamental para comprender la salud como derecho humano, así como los compromisos y las obligaciones que se derivan para el Estado. De acuerdo con este instrumento, la salud no se reduce a la ausencia de enfermedad, tanto en el plano orgánico como mental, sino que está relacionada con las condiciones que permiten llevar una vida sana, lo que implica una serie de reglas jurídicas, institucionales y organizativas de las autoridades de un Estado para permitir su ejercicio. Por otra parte, la posibilidad de gozar de salud está relacionada con el ejercicio de otros derechos como la alimentación, el medio ambiente sano, el agua y saneamiento, el acceso a la información y el acceso a la justicia. Para que lo anterior sea posible es necesario que las personas cuenten con condiciones socioeconómicas que les permitan llevar una vida sana, sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social. Así, todo ser humano tiene derecho al disfrute del *grado máximo de salud* que le permita vivir dignamente.[7]

La efectividad de este derecho humano se puede alcanzar mediante la formulación de políticas en materia de salud, la aplicación de los programas elaborados por la OMS o la adopción de instrumentos jurídicos concretos, etc.[8] Como todo derecho humano, el de salud impone tipos y niveles de obligaciones a los Estados, entre

ellas se encuentran: respetar, proteger y cumplir.[9] Dentro de esta última destaca la obligación de los Estados para adoptar medidas contra los peligros que para la salud representan la contaminación del medio ambiente y las enfermedades, así como también contra cualquier otra amenaza que se determine mediante datos epidemiológicos.[10]

Para garantizar el ejercicio del derecho a la salud, los Estados deben observar los elementos esenciales de este derecho, que son los siguientes:

> *Disponibilidad*. Se refiere a que se debe contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de la salud, así como de programas.
> *Accesibilidad*. Consiste en que los establecimientos, bienes y servicios de salud sean accesibles a todas y todos: *i)* sin discriminación alguna, *ii)* garantizando la accesibilidad física, *iii)* accesibilidad económica (asequibilidad) y, *iv)* el acceso a la información en materia de salud.
> *Aceptabilidad*. Radica en que todos los establecimientos, bienes y servicios de salud sean respetuosos de la ética médica, culturalmente apropiados y sensibles a los requisitos del género y ciclos de vida.
> *Calidad*. Consiste en que los establecimientos, bienes y servicios de salud sean apropiados desde el punto de vista científico y médico. Ello requiere, entre otras cosas, personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas.[11]

Por lo tanto, "el derecho humano a la salud debe entenderse como un derecho al disfrute de toda una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar el más alto nivel posible de salud".[12]

Para el cumplimiento de dicho derecho los Estados deben acatar las obligaciones que emanan de los tratados internacionales de derechos humanos. Al, respecto, la Observación General núm. 14 refiere que existen *obligaciones legales específicas*.[13]

Las obligaciones legales específicas son las de respetar, proteger y cumplir. Para *respetar* el derecho a la salud, el Estado está obligado, entre otras, a "abstenerse de denegar o limitar el acceso igual de todas las personas a los servicios de salud, preventivos, curativos y paliativos"; *proteger* conlleva la adopción de "leyes u otras medidas para velar por el acceso igual a la atención a la atención de la salud y los servicios relacionados proporcionados por terceros"; y *cumplir* implica "el reconocimiento suficiente del derechos a la salud en los sistemas políticos y ordenamientos jurídicos, mediante la aplicación de leyes, y se adopte una política nacional de salud acompañada de un plan detallado para el ejercicio del derecho a la salud".[14]

México ratificó el CMCT, el primer tratado negociado bajo auspicios de la OMS, cuyo contenido está basado en el derecho de todas las personas a gozar del grado máximo de salud que se pueda lograr.

El Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (CMCT)

México ratificó el CMCT,[15] el primer tratado negociado bajo auspicios de la OMS, cuyo contenido está basado en el derecho de todas las personas a gozar del grado máximo de salud que se pueda lograr. En razón de ello, cada Estado Parte formulará, aplicará, actualizará periódicamente y revisará estrategias, planes y programas nacionales multisectoriales integrales de control del tabaco, de conformidad con las disposiciones del Convenio y de los protocolos a los que se haya adherido.[16]

El Convenio consta, entre otros, de los siguientes apartados:

- Medidas relacionadas con la reducción de la demanda de tabaco.
- Medidas relacionadas con la reducción de la oferta de tabaco.
- Protección del medio ambiente.
- Cuestiones relacionadas con la responsabilidad.
- Cooperación técnica, científica, de comunicación e información.

Cabe decir que el objetivo de este Convenio y sus protocolos es proteger a las generaciones presentes y futuras contra las devastadoras consecuencias sanitarias, sociales, ambientales y económicas del consumo de tabaco y de la exposición al humo de éste, proporcionando un marco para las medidas de control que habrán de aplicar los Estados Partes a nivel nacional, regional e internacional, con el fin de reducir de manera continua y sustancial la prevalencia del consumo de tabaco y la exposición al humo.[17]

Normatividad nacional en materia de salud y control del tabaco

En México, el artículo 4º constitucional señala que toda persona tiene derecho a la protección de la salud.[18] De igual manera, la Suprema Corte de Justicia de la Nación ha reconocido este derecho en su precedente Derecho a la salud. Impone al Estado las obligaciones de garantizar que sea ejercido sin discriminación alguna y de adoptar medidas para su plena realización, del que destaca:

> […] El Estado mexicano ha suscrito convenios internacionales que muestran el consenso internacional en torno a la importancia de garantizar al más alto nivel ciertas pretensiones relacionadas con el disfrute de este derecho (a la salud), y existen documentos que esclarecen su contenido y alcance jurídico mínimo consensuado. Así, la Observación General núm. 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la Organización de las Naciones Unidas, por ejemplo, dispone que el derecho a la salud garantiza pretensiones en términos de disponibilidad, accesibilidad, no discriminación, aceptabilidad y calidad de los servicios de salud y refiere que los poderes públicos tienen obligaciones de respeto, protección y cumplimiento en relación con él.[19]

Por otra parte, la Ley General de Salud señala en su artículo 2º que el derecho a la protección de la salud tiene como finalidad, entre otras, el bienestar físico y mental de la persona, la prolongación y el mejoramiento de la calidad de la vida humana, así como la protección y el acrecentamiento de los valores que coadyuven a la creación, conservación y disfrute de condiciones de salud que contribuyan al desarrollo social.[20]

Asimismo, la Ley General para el Control del Tabaco, de conformidad con su artículo 5º, tiene como finalidades:

> *I)* proteger la salud de la población de los efectos nocivos del tabaco; *II)* proteger los derechos de los no fumadores a vivir y convivir en espacios 100% libres de humo de tabaco; *III)* establecer las bases para la protección contra el humo de tabaco; *IV)* establecer las bases para la producción, etiquetado, empaquetado, promoción, publicidad, patrocinio, distribución, venta, consumo y uso de los productos del tabaco; *V)* instituir medidas para reducir el consumo de tabaco, particularmente en los menores; *VI)* fomentar la promoción, la educación para la salud, así como la difusión del conocimiento de los riesgos atribuibles al consumo y a la exposición al humo de tabaco; *VII)* establecer los lineamientos generales para el diseño y evaluación de legislación y políticas públicas basadas en evidencia contra el tabaquismo así como; *VIII)* establecer los lineamientos generales para la entrega y difusión de la información sobre los productos del tabaco y sus emisiones.[21]

Así, el derecho a la salud implica que el Estado mexicano tiene que ejercer un control sobre la producción, distribución, comercialización y persuasión sobre los productos del tabaco, pues éstos afectan la salud de las personas.

Conclusión

El control del tabaco se relaciona con el cumplimiento de las obligaciones del Estado en materia del derecho humano a la salud, dado que la salud

El derecho a la salud implica que el Estado mexicano tiene que ejercer un control sobre la producción, distribución, comercialización y persuasión de los productos del tabaco, pues éstos afectan la salud de las personas.


Fotografía: Karina Flores/CDHDF.

no es simplemente la ausencia de enfermedad, sino todo una gama de disposiciones jurídicas, administrativas, organizativas y operativas para que las personas disfruten del grado máximo de salud que garantice un nivel de vida adecuado. Por lo anterior, el Estado mexicano debe cumplir el CMCT, asumiendo como necesaria la protección de las personas contra la exposición al humo del tabaco en espacios públicos cerrados, esto a través de la prohibición de consumo de productos de tabaco en dichos espacios en toda la federación, y adoptar las medidas necesarias para evitar las violaciones al derecho a la salud por terceras personas, es decir, regulando las actividades de particulares, grupos o empresas que puedan afectar el ejercicio de este derecho.

Con base en lo anterior, el papel de los órganos públicos de derechos humanos es fundamental en el impulso de acciones para establecer marcos jurídicos estatales que prohíban el consumo de productos de tabaco en espacios públicos cerrados y que promuevan el control del tabaco como una acción que implica avanzar en el cumplimiento del derecho a la salud. D

NOTAS

1 OMS, *MPOWER. Un Plan de medidas para hacer retroceder la epidemia del tabaquismo*, OMS, Ginebra, 2008.

2 Carlos Guerrero López *et al.*, "Consumo de tabaco, mortalidad y política fiscal en México", en *Salud Pública México*, vol. 55, supl. 2, Cuernavaca, Departamento de Investigación para el Control del Tabaco/Centro de Investigación en Salud Poblacional/Instituto Nacional de Salud Pública, 2013, p. S272.

3 Secretaría de Salud, *Encuesta Nacional de Adicciones 2011. Reporte de Tabaco*, México, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (INPRFM), 2012, p. 23.

4 Fundación InterAmericana del Corazón (FIC) México, *Monitor ciudadano sobre el Control del Tabaco en México*, México, FIC México, 2013.

5 Andrés Pichón-Riviere *et al.*, *Carga de enfermedad atribuible al tabaquismo en México,* Documento Técnico IECS núm. 10, Buenos Aires, Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria, 2013, pp. 5 y 6.

6 *Ibidem*, p. 24.

7 Comité sobre los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Comité DESC), Observación General núm. 14. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, artículo 12, Temas especiales de alcance general, No discriminación e igualdad de trato, párr. 18.

8 *Ibidem*, párr. 1.

9 *Ibidem*, párr. 33.

10 *Ibidem*, párr. 36.

11 *Ibidem*, párr. 12.

12 *Ibidem*, párr. 9º.

13 *Ibidem*, párrs. 30 y 31.

14 *Ibidem*, párrs. 34 al 37.

15 OMS, *Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco*, Ginebra, OMS, 2005, p. v, disponible en <http://bit.ly/1QKPBTV>, página consultada el 10 de noviembre de 2015.

16 *Ibidem*, artículo 5º, fracción 1. A la fecha, México ha presentado cuatro informes correspondientes a 2007, 2010, 2012 y 2014.

17 *Ibidem*, artículo 3º.

18 Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el 5 de febrero de 1917, artículo 4º.

19 Pleno, "Derecho a la salud. Impone al Estado las Obligaciones de garantizar que sea ejercido sin discriminación alguna y de adoptar medidas para su plena realización", tesis aislada, 161333. P. XVI/2011 en materia constitucional, en *Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta*, novena época, t. XXXIV, agosto de 2011, p. 29, disponible en <http://bit.ly/1NHTDXU>, página consultada el 10 de noviembre de 2015.

20 Ley General de Salud, publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el 7 de febrero de 1984, última reforma publicada el 4 de junio de 2015, artículo 2º.

21 Ley General para el Control del Tabaco, publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el 30 de mayo de 2008, última reforma publicada el 6 de enero de 2010, artículo 5º.



Cortesía: Fundación InterAmericana del Corazón México.

Los organismos públicos de derechos humanos y el diálogo para la protección de la salud: el caso de Puebla

Brahim Zamora Salazar*

*Director de Comunicación, Planeación y Capacitación del Observatorio Ciudadano de Derechos Sexuales y Reproductivos, A. C. Ha trabajado en diversos medios de comunicación y organizaciones no gubernamentales especializadas en temas vinculados a la salud, los derechos humanos, la diversidad sexual y la educación.

Reconocer la salud como un derecho humano pudiera parecer una verdad de Perogrullo. Sin embargo, este proceso plantea dificultades específicas para las personas que nos dedicamos a la promoción y defensa de los derechos humanos.

Quienes hemos optado por temas vinculados al cuerpo como territorio de los derechos nos encontramos con un debate ético sobre las libertades. Y quienes hemos tomado la salud como un tema de lucha, pocas veces lo efectuamos desde una perspectiva integral; justo como la medicina moderna las y los ciudadanos hemos decidido segmentar los cuerpos en áreas de especialización.

Lo anterior ya plantea un problema de abordaje, pero también un área de oportunidad que nos permite ir generando insumos para la discusión de la salud como un derecho humano.

Comúnmente las organiza ciones de la sociedad civil que desarrollan temas de salud lo ha cen desde una mirada asistencialista, urgente, de atención y de resolución de los problemas cotidianos como el acceso a medicamentos o tratamientos, la consulta y el traslado de pacientes, sin embargo, existe un tema de salud del que muchas personas hemos aprendido a caminar por el largo y sinuoso trecho de los derechos humanos: la lucha contra el virus de inmunodeficiencia humana.

Desde la aparición de dicha epidemia, ésta se transformó en algo más que un tema de salud pública, se convirtió, por su naturaleza, en un asunto de derechos humanos debido a que las poblaciones más afectadas sufrieron vejaciones, violaciones a derechos, estigma y discriminación.

Ello nos enseñó un camino muy interesante, no sólo para la accesibilidad a los servicios y el desarrollo de modelos de atención más eficaces, sino para que las y los ciudadanos participemos activamente en la toma de decisiones sobre el tema, en el uso de los presupuestos y en la profesionalización de nuestras organizaciones.

Ello involucró también a los organismos públicos de derechos humanos en el tema, se crearon programas o áreas especializadas y se amplió la respuesta, tal vez por primera vez en la historia se construía una respuesta multisectorial alrededor de un tema de salud y ponderando los derechos humanos.

Por otro lado, pero no demasiado distante, está el abordaje a la salud sexual y reproductiva efectuado por movimientos y organizaciones de mujeres, y especialmente de jóvenes, que también han tenido un fuerte componente de derechos, tan es así que en los espacios internacionales y nacionales se han desarrollado plataformas de discusión para el abordaje de los derechos sexuales y reproductivos.

Por ello no es raro que las organizaciones que encabezan la respuesta en torno al derecho a la salud y el control del tabaco en el plano estatal y federal, sean aquellas que vienen de esta tradición.

La experiencia desde Puebla

En 2013 Puebla se sumó a los estados que buscan una legislación local que garantice los espacios 100% libres de humo de tabaco y la protección de la salud.[1] A partir de ese momento se han venido construyendo estrategias que permiten avanzar hacia una agenda ciudadana que redunde no sólo en una ley local sino en políticas públicas que permitan su correcta aplicación y conocimiento por parte de la población, y por lo tanto la apropiación de la ley.

Al pensar en los actores políticos y sociales no se puede pasar por alto a la Comisión

de Derechos Humanos del Estado de Puebla (CDH Puebla), dado que ya existía una tradición de trabajo entre ésta y el Observatorio Ciudadano de Derechos Sexuales y Reproductivos, A. C. (Odesyr), organización que a nivel local encabeza la respuesta de trabajar con los organismos públicos de derechos humanos.

Sumar a la CDH Puebla implicó darle un giro al tema del consumo del tabaco, debido a que no sólo es un rubro de salud pública donde interactúan los actores convencionales como la Comisión de Salud del Congreso o la Secretaría de Salud, ahora también es un asunto de derechos.

Y no podía ser de otro modo, el enfoque del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (CMCT)[2] es el de los derechos, justo como el que tiene nuestra Constitución Política desde 2011 y que dota de nuevas herramientas a la ciudadanía organizada para que pueda defender sus causas.

Un antecedente del trabajo realizado con la CDH Puebla fue un foro convocado por ésta, en el que participaron autoridades de Salud y de la Comisión de Salud del Congreso, el Instituto Nacional de Salud Pública, estudiantes de derecho del Colegio Minimalista de Ciencias Penales –que fue sede del evento– y el Odesyr, lo que propició empezar a subir el tema en la agenda pública desde el enfoque de derechos humanos.[3]

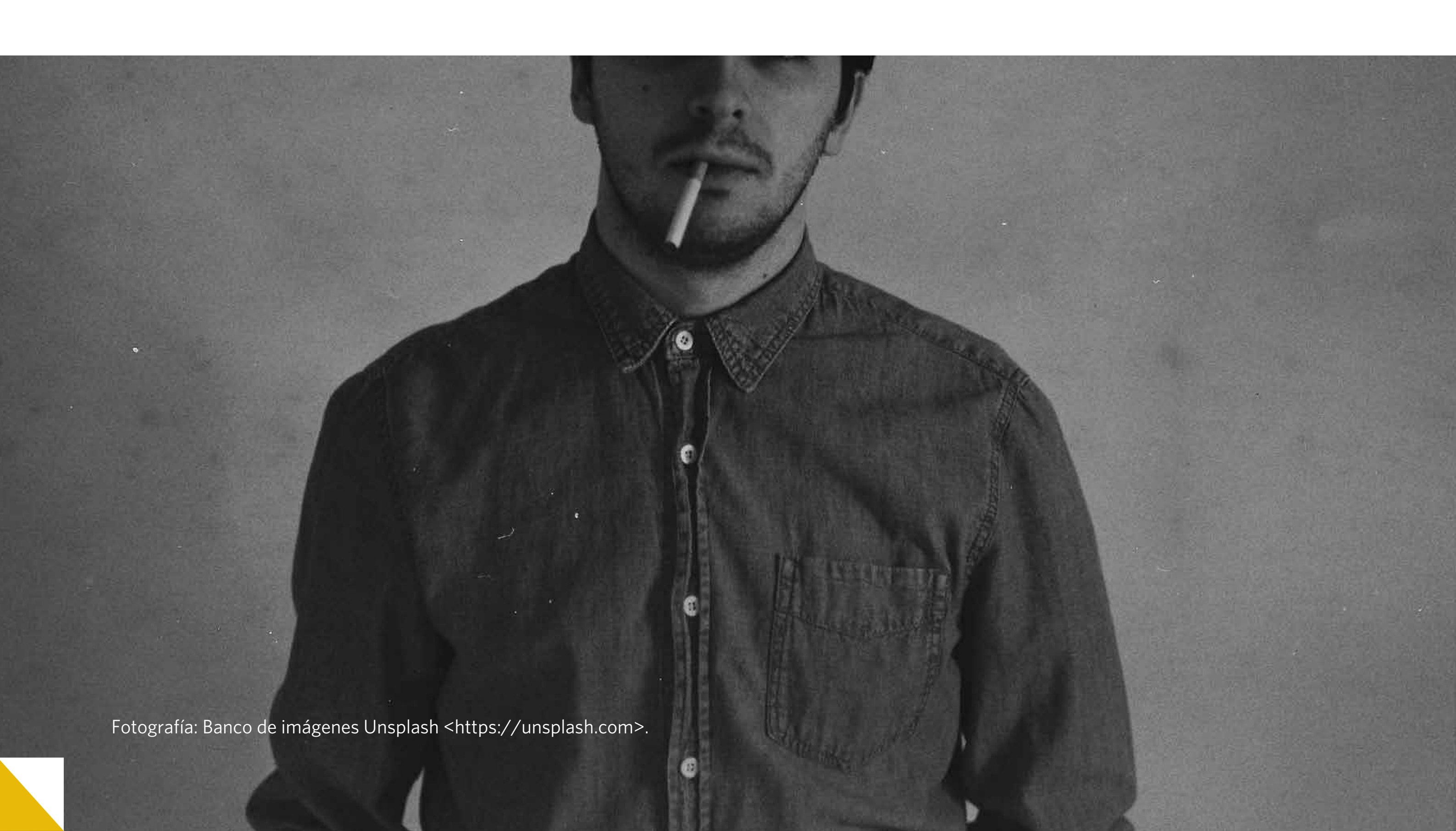
Sumar a la CDH Puebla implicó darle un giro al tema, debido a que no sólo es un rubro de salud pública donde interactúan los actores convencionales como la Comisión de Salud del Congreso o la Secretaría de Salud, ahora también es un asunto de derechos.

Esta alianza con los organismos públicos de derechos humanos se exploró en otras entidades federativas, llevándose a cabo un conversatorio en el Distrito Federal, encabezado por Códice, Comunicación, Diálogo y Conciencia, S. C., la Federación Inter Americana del Corazón (FIC) México y la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal (CDHDF).

Los resultados fueron favorables, pues se pudieron intercambiar ideas en un formato más amable y democrático y sentar las bases para una discusión de mayor profundidad.

Cabe precisar que estos ejercicios requieren de seguimiento y de multiplicación. Y así como fue posible que en el Distrito Federal se llevara a cabo dicho evento, en todos los estados debiera replicarse con las particularidades locales. Es un buen ejercicio para construir agendas nacionales.

En el conversatorio se dio a conocer una acción de detención de una reforma que hubiera permitido ampliar los espacios para fumar en el interior, pero que la CDHDF detectó a tiempo para emitir un dictamen basado en el CMCT y el compromiso como país. Este ejemplo sirve para reconocer a los organismos de derechos humanos como potenciales alia-



Fotografía: Banco de imágenes Unsplash <https://unsplash.com>.

dos en la construcción de un frente común contra los intentos de la industria tabacalera por seguir explotando la salud de las y los mexicanos.

En octubre de este año se llevó a cabo una réplica de este ejercicio en la ciudad de Puebla, justo en la sede de la Comisión de Derechos Humanos estatal, contando con una amplia participación de instituciones involucradas y particularmente de la diputada Evelia Rodríguez, integrante de la Comisión de Salud del Congreso local. Cabe mencionar que su participación fue activa y estuvo presente las dos horas del evento.

Lo anterior lo destaco porque el acercamiento a dicha Comisión del Congreso local ha sido difícil, el tema permanentemente ha sido bloqueado y ninguna y ningún legislador de dicha instancia había asumido un compromiso público para empujar el tema.

Este ejercicio volvió a contar con la presencia de Luz Myriam Reynales del Instituto Nacional de Salud Pública, de Eduardo del Castillo de Códice, de Erick Antonio Ochoa de FIC México, así como de representantes del Sistema Estatal para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) de Puebla, la Secretaría de Salud, la Universidad Autónoma de Puebla, la Secretaría General de Gobierno y el propio ombudsman local.

Derivado de dicho ejercicio se adquirieron dos compromisos: el primero fue que todas y todos los participantes de la mesa firmáramos una petición, una suerte de declaración producto del conversatorio mediante el cual se pide formalmente al Congreso que, en un marco de derechos, trabaje y legisle sobre la propuesta ya presentada con anterioridad en el pleno.

Así como fue posible que en el Distrito Federal se llevara a cabo un conversatorio, en todos los estados debiera replicarse esta acción con las particularidades locales. Es un buen ejercicio para construir agendas nacionales.

El segundo fue por parte de la representante del Legislativo: el compromiso de hacer propia la iniciativa y cabildearla al interior de su comisión.

Conclusión

El conversatorio de Puebla fue un primer ejercicio, faltan más, pero sin duda es un modelo que con respecto al tema de salud y tabaco está funcionando para que podamos discutir, en condiciones de igualdad, la sociedad civil, los gobiernos, los congresos y los organismos de derechos humanos, instancias que constituimos la bisagra que hacía falta involucrar en la defensa de la salud integral y ante el embate de las empresas trasnacionales en la vida digna y saludable de las y los habitantes de este país.

NOTAS

1 “Mueren en Puebla 7 personas al día por causas atribuibles al tabaquismo”, en *Lado B*, 15 de abril de 2013, disponible en <http://bit.ly/1X85F1F>, página consultada el 5 de noviembre de 2015.

2 OMS, *Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco* (reimpresión actualizada 2004, 2005), Ginebra, OMS, 2005, disponible en <http://bit.ly/1jcd0PO>, página consultada el 5 de noviembre de 2015.

3 Comisión de Derechos Humanos del Estado de Puebla, Comunicado 140/2013, Promueven CDH Puebla, COMCIPE y Odesyr espacios libres de humo de tabaco, s.f., disponible en <http://bit.ly/1YgIxR5>, página consultada el 5 de noviembre de 2015.



Cortesía: Fundación InterAmericana del Corazón México.

Consumo de tabaco en niñas, niños y adolescentes. Factores de riesgo

Juan Nuñez Guadarrama*

* Profesional de la comunicación con 25 años de experiencia en la prevención del consumo de sustancias adictivas. Actualmente coordina la Alianza Nacional para el Control del Tabaco y la Coalición México-Saludhable.

El derecho a la salud de niñas, niños y adolescentes se ve amenazado por la industria tabacalera, ya que sus estrategias de publicidad tratan de captar a este sector de la población, aunque esté prohibido en la legislación. A decir del autor, al tabaco se le considera la droga de inicio en México ya que es la que más ocasiona muertes, discapacita y enferma.

Especialistas en el campo de la salud y en otras disciplinas, así como analistas económicos, sociales y políticos, coinciden al señalar que la industria tabacalera desarrolla estrategias globales para asegurar su permanencia y crecimiento con las que busca reclutar a nuevos millones de personas usuarias de sus productos, entre éstas a las y los menores de edad, a pesar de que en la mayoría de los países ha quedado prohibida la venta de cigarros a este grupo de población.

El consumo de tabaco es la primera causa de muerte prevenible en el mundo[1] al asociarse a casi 6 000 000 de decesos cada año. En México entidades oficiales señalan la muerte de 60 000 personas al año aunque investigaciones independientes afirman en 2013 que esa cifra ha subido a más de 66 000.[2] Aunado a ello, el consumo excesivo de bebidas alcohólicas, la obesidad y el sobrepeso, así como la inactividad física, constituyen los factores de riesgo más importantes que desencadenan en el orbe las enfermedades no transmisibles, que matan a ocho de cada 10 personas en muchos países, como el nuestro.[3]

Niñas, niños y adolescentes en México ven amenazado el ejercicio de su derecho a la salud –derecho fundamental– por causas exógenas e internas pero también dentro de sus propios hogares, en las escuelas a las que concurren y en los espacios en que socializan con sus pares. Tal amenaza puede explicarse por la falta de información o por la baja percepción de riesgo que existe sobre el tabaquismo por parte de padres de familia, docentes y otras personas adultas.

El riesgo de que las personas incurran a edades tempranas en el consumo de sustancias nocivas como el tabaco, en cualquiera de sus presentaciones, se colige igualmente por la insuficiencia o carencia de programas preventivos y campañas de sensibilización y orientación sobre los daños derivados de la combustión del tabaco.

En México ha estado prohibido expender cigarros y cualquier otro producto de tabaco a personas menores de 18 años de edad, sin embargo, 1.7 millones de niñas y niños de entre 12 y 17 años fuman; la mayoría de ellos (1.1 millones) son varones.

Es perceptible que en no pocas ocasiones ciertos mensajes que debieran disuadir a las niñas, los niños y a las y los jóvenes son poco profesionales, ingenuos o diseñados con la *mentalidad de las personas adultas*.

Pero es indudable que el factor de mayor peso en la diseminación de mensajes y en la seducción de las personas menores de edad procede de las costosas y muy profesionales campañas que realizan las empresas tabacaleras para moldear sus gustos en formación, proyectar ideas de liberación, inicio de la adultez y desacuerdo con lo que ordenan las personas mayores, etc. Rebeldía y ruptura de paradigmas al alcance de quien quiera, con sólo encender un cigarrillo.

La epidemiología del tabaco y el lugar que ocupan en ella las personas menores de edad, la influencia de la publicidad y la mercadotecnia, la imitación de las y los adultos, los espacios de mayor riesgo para que una criatura empiece a fumar, los factores individuales, familiares, comunitarios y sociales que lo llevan a adquirir esa práctica, así como las posibilidades de prevenir el consumo, de lograr el abandono con lenguajes frescos y elocuentes, y de revertir la tendencia del tabaquismo son puntos sobre los que, al parecer, conviene reflexionar con la y el lector.

Problema recurrente

Desde que este redactor tiene memoria ha estado prohibido en el país expender cigarros y cualquier otro producto de tabaco a quienes tienen menos de 18 años de edad, sin embargo, 1.7 millones de niñas y niños de entre 12 y 17 años fuman; la mayoría de ellos (1.1 millones) son varones.[4]

Aunque las y los niños y adolescentes son fumadores ocasionales en su gran mayoría, la experimentación temprana –tolerada y solapada por familiares y otras personas adultas– puede iniciar una carrera de consumo que los lleve a la adicción al tabaco, pero también a las bebidas alcohólicas y a distintos tipos de drogas ilícitas como la cocaína, la marihuana y las metanfetaminas. En las sucesivas encuestas nacionales de adicciones –levantadas desde 1988 hasta 2011– las y los especialistas han coincidido en señalar que quien fuma precozmente tiene hasta 13 veces más posibilidades de continuar el consumo primero con alcohol y luego con drogas ilícitas.[5]

Las personas menores de edad activas como fumadoras inician su consumo a los 14 años en promedio. Los hombres fuman 4.2 cigarros al día y las mujeres, 3.6, generalmente con el grupo de amigos en la escuela o el vecindario.[6] Adicionalmente, los niños, las niñas, las y los adolescentes son los más expuestos al humo de tabaco ambiental o humo de segunda mano, con lo que se convierten en fumadores pasivos.

El destacado médico mexicano Jesús Kumate Rodríguez[7] pudo documentar en 2007 que el gobierno de Estados Unidos gastó 100 millones de dólares en campañas en medios de comunicación dirigidas a población infantil y juvenil para disuadirla de consumir tabaco. Tal cantidad, que parece muy cuantiosa para nuestra realidad, resultó insignificante ante el gasto que en publicidad realizaron ese año las empresas tabacaleras, invirtieron 11 500 millones de dólares, empleados la mayor parte, por supuesto, para reclutar nuevas personas usuarias, en particular, jóvenes.

Además recordó que se incrementó el uso de las imágenes de figuras destacadas del cine, la televisión y los deportes para que se proyectaran con mucha mayor escala como modelos imitables y motivo de aspiración para niñas, niños y jóvenes. También agregó que es común ver en el cine que los héroes fuman, las heroínas fuman; y que los agentes de seguridad y los detectives, cuando enfrentan una crisis, fuman.

La etapa de inicio en el tabaco es la adolescencia temprana; las encuestas señalan que



Ilustración: Adrián Robles/CDHDF.

quien ofrece el primer cigarrillo son los hermanos mayores o los amigos en la escuela. La prohibición de su venta a personas menores de edad es letra muerta. El comercio informal vende cigarrillos al menudeo y en puestos semifijos de alimentos y bebidas en la vía pública.[8]

Personas adultas, sujetos de riesgo

La doctora Nora D. Volkow, directora del Instituto Nacional de Abuso de Sustancias, de Estados Unidos, señala la preocupante situación que se vive durante los años recientes en ese país al aplicarse importantes medidas restrictivas de la práctica de fumar en todos los lugares públicos cerrados y en muchos abiertos también, como estadios deportivos, festivales artísticos, playas, etc. Sucede que las y los fumadores adultos al no poder consumir tabaco en tales lugares lo hacen con mayor frecuencia frente a sus hijos, en casa o en el auto, así "los niños de padres fumadores

A partir de los 15 años de edad se reporta un mayor uso de drogas y diagnósticos de dependencia o adicción, incluida la nicotina; el cerebro de una niña o un niño es más neuroplástico por lo que la exposición a drogas causa daños más profundos y duraderos.

presentan concentraciones más altas de metabolitos de la nicotina, lo que les implicará mayor riesgo de volverse adictos a la sustancia debido al aumento de sus receptores en el cerebro”.[9]

A partir de los 15 años de edad se reporta mayor uso de drogas y diagnósticos de dependencia o adicción, incluida la nicotina; el cerebro de una niña o un niño es más neuroplástico por lo que la exposición a drogas causa daños más profundos y duraderos.[10] Ello explica que mientras alguien inicia más temprano su carrera de consumo en el tabaco, la probabilidad de mayor riesgo de adicción aumenta. Por ello debe haber campañas más agresivas para la prevención del uso de cigarrillos en la juventud, recomienda la experta nacida en México.

Hasta principios de los años sesenta no se había divulgado en el mundo la información que hoy conocemos sobre la letalidad del tabaco y su importancia directa en un cúmulo de enfermedades graves, principalmente el cáncer de pulmón, el infarto agudo al miocardio, la enfermedad cerebrovascular y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. El tabaco es la droga de inicio en México, la que más mata, discapacita y enferma.[11]

Es de tal importancia evitar el inicio temprano en la carrera de fumar que al tabaquismo ya se le considera una enfermedad pediátrica[12] y las y los médicos pediatras son ponderados como agentes de prevención en el consumo de tabaco y de bebidas alcohólicas. El trabajo de la o el pediatra con padres y parientes mayores de las y los niños resulta de gran calidad, al igual que los consejos médicos, psicológicos o sociales de impacto para evitar el inicio en el fumar, tanto en unidades de salud como en espacios escolares.

Aplica aquí el viejo dicho: “No hay mejor enseñanza que el ejemplo”.

Padres y madres quieren a sus hijas e hijos y parte de las buenas prácticas de crianza deben ser evitar fumar delante de quienes son menores de edad y evitar que otros fumen frente a ellos. Lo mejor es no fumar, claro, pero si alguna persona adulta decide hacerlo, no ha de obligar a quienes más quiere a compartir los graves riesgos de esa práctica. En lugares públicos cerrados como restaurantes, cafés, salones



Cortesía: Fundación InterAmericana del Corazón México.

de fiestas y de espectáculos –tal y como lo dice el artículo 10, fracciones I a la XIV, de la Ley de Protección a la Salud de los No Fumadores en el Distrito Federal– está prohibido fumar. Si alguna o algún prestador de servicios incumple el ordenamiento, como parte de la ciudadanía, las personas adultas debemos proteger también a nuestras niñas y nuestros niños denunciándolo ante el Instituto de Verificación Administrativa del Distrito Federal, a la Agencia de Protección Sanitaria capitalina o a la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios.

Respuestas y posibilidades

Recordemos que la inmensa mayoría de las niñas, los niños y las y los adolescentes en México no fuma, no les gusta el cigarro, muchos lo prueban y no lo vuelven a tomar por su propia voluntad.

Además del trabajo especializado de docentes, psicólogos y otros profesionales de la prevención existen instrumentos que pueden hacer posible distanciar radicalmente a las y los menores de edad del tabaco. El principal de ellos, el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (CMCT),[13] firmado por México desde 2003 y ratificado por el Senado un año después y que hoy es apoyado por más de 180 países, habida cuenta de los beneficios que para la salud de la población entraña su aplicación.

Entre sus ordenamientos destacan cuatro referidos a la necesidad de que en todos los espacios públicos cerrados del país se protejan los ambientes 100% libres de humo de tabaco; al imperativo de evitar cualquier forma de publicidad, propaganda y promoción de productos de tabaco; a la integración en los empaques o cajetillas de productos de tabaco, de imágenes que desalienten el fumar y muestren los daños que el tabaco causa a la salud de las personas, además de que se incluyan leyendas preventivas y orientación sobre servicios que ayuden a tratar el tabaquismo; de capital importancia será imponer impuestos altos a los cigarros y puros, que por una parte compensen el importante gasto que deben hacer las instituciones de salud para tratar los males ocasionados por el tabaco, y por la otra inhiban, por los altos precios, la compra de esos productos, sobre todo por parte de niñas, niños y adolescentes.

NOTAS

1 OMS, “Tabaco”, Nota descriptiva núm. 339, julio de 2015, disponible en <http://bit.ly/1eyrkjy> página consultada el 2 de julio de 2015.

2 Fundación InterAmericana del Corazón (FIC) México, *Monitor ciudadano sobre el control del tabaco en México*, México, FIC México, 2013, p. 18, disponible en <http://bit.ly/1MO4DSH>, página consultada el 2 de julio de 2015.

3 OMS, *Informe sobre la situación mundial de las enfermedades transmisibles 2010. Resumen de orientación*, Ginebra, 2011, disponible en <http://bit.ly/1J7rXZK>, página consultada el 2 de julio de 2015.

4 Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz-Secretaría de Salud, *Encuesta Nacional de Adicciones 2011. Reporte de Tabaco*, México, Secretaría de Salud, 2012, p. 36, disponible en <http://bit.ly/1kCUHpe> página consultada el 5 de julio de 2015.

5 *Idem*.; Secretaría de Salud, *Encuesta Nacional de Adicciones 2008*, Instituto Nacional de Salud Pública, México, 2008.

6 Secretaría de Salud, *Encuesta Nacional de Adicciones 2011. Reporte de Tabaco*, *op. cit*., p. 38.

7 María Elena Medina Mora (coord.), *Tabaquismo en México. ¡Cómo evitar 60, 000 muertes prematuras!*, México, El Colegio Nacional, 2010, p. 4.

8 *Ibidem*, p. 6.

9 Nora D. Wolkow y Rubén D. Baler, “Neurofisiopatología de la adicción a la nicotina de la gestación hasta la muerte”, en María Elena Medina Mora (coord.), *op. cit*., p. 185.

10 María Elena Medina Mora (coord.), *op. cit*., p. 188.

11 Fundación InterAmericana del Corazón (FIC) México, *Monitor ciudadano sobre el control del tabaco en México*, México, FIC México, 2013, p. 14, Contexto Nacional, disponible en <http://bit.ly/1MO4DSH>, página consultada el 2 de julio de 2015.

12 María Elena Medina Mora *et al*., “Aspectos psicosociales de la dependencia al tabaco y su inducción a probar otras drogas”, en María Elena Medina Mora (coord.), *op. cit*., p. 193.

13 OMS, *Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco*, Ginebra, OMS, 2005, disponible en <http://bit.ly/1QKPBTV>, página consultada el 10 de noviembre de 2015.

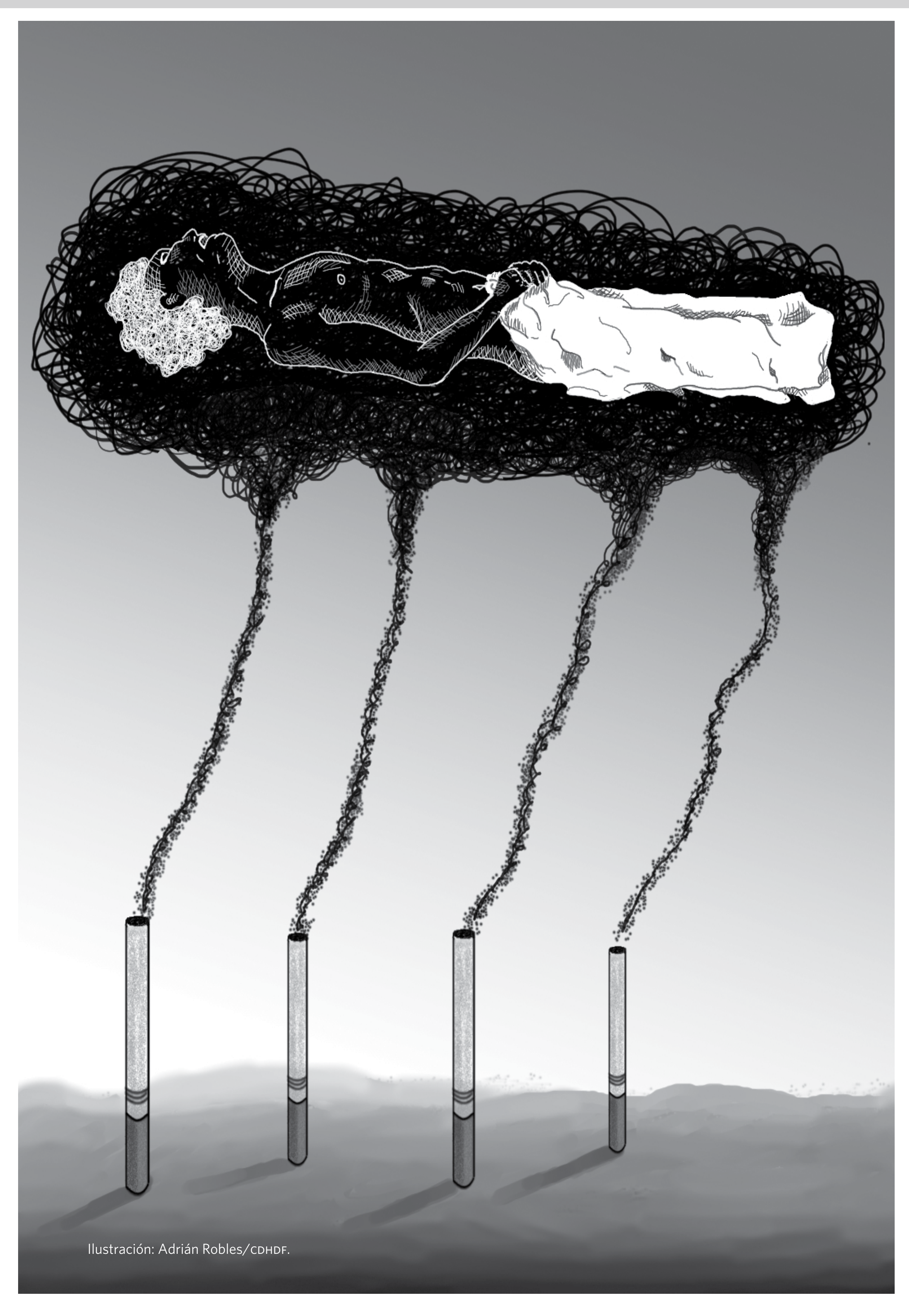


Ilustración: Adrián Robles/CDHDF.

Once entidades de la república a la vanguardia del control del tabaco

Eduardo del Castillo Valdez*

* Comunicador y activista social. Es director de Códice, Comunicación Diálogo y Conciencia, S. C., organización no gubernamental que impulsa en México acciones en favor de la salud pública.

Hoy 48% de la población mexicana vive en entidades en las que se han aprobado leyes 100% libres de humo de tabaco. Este avance ha sido impulsado con el trabajo coordinado de diversas organizaciones de la sociedad civil (osc), instituciones académicas y algunos sectores gubernamentales. De este logro nos habla el autor del presente texto.

Se han cumplido ya 10 años del surgimiento del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco, es decir, del acuerdo en el seno de la Organización Mundial de la Salud (OMS), mediante el cual más de 180 países se comprometieron a cerrarle el paso a la epidemia del tabaquismo.[1]

Como se ha documentado, el tabaquismo mata anualmente a 5.5 millones de personas en todo el mundo y en México a 66 000 en ese mismo periodo.[2] En la última década, varias OSC han trabajado de manera sistemática en más de un tercio de las entidades del país impulsando leyes estatales que buscan garantizar los espacios cerrados públicos y de trabajo 100% libres de humo de tabaco (LHT).[3]

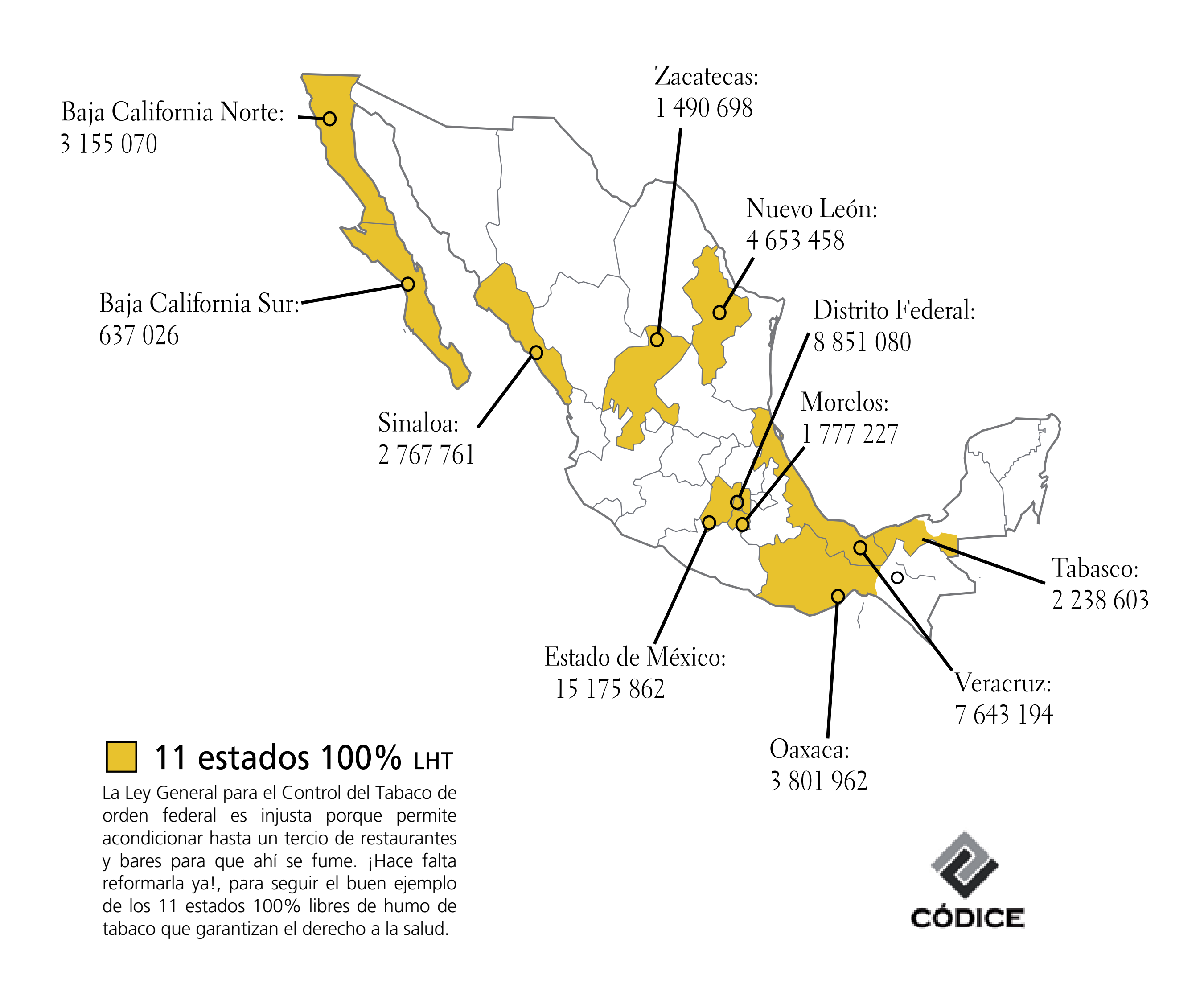
Códice, Comunicación, Diálogo y Conciencia, S. C., organización no gubernamental con sede en el Distrito Federal, comenzó a formar una alianza[4] desde 2008 con organizaciones de 11 estados para impulsar los espacios 100% LHT a través de una labor que fue denominada *incidencia política*.[5] Las organizaciones aliadas ya trabajaban temas como los derechos sexuales y reproductivos, los derechos humanos y la salud alimentaria, por lo que se facilitó el trabajo de incidencia que se ha venido haciendo con las y los diputados estatales y con los equipos de los gobernadores de las distintas entidades. Esta labor se fortaleció con numerosas conferencias de prensa con el fin de presionar a la aprobación de leyes 100% LHT.

El trabajo de comunicación de las OSC ha sido crucial para impulsar espacios 100% LHT en las legislaciones estatales. Pero para tener presencia en los medios de comunicación ha sido necesario construir argumentaciones sólidas, y ello se ha hecho con base en fuentes confiables como las del Instituto Nacional de Salud Pública, la Universidad Nacional Autónoma de México y otras instancias nacionales e internacionales. Así, las instancias académicas y Códice diseñaron y construyeron datos de cada uno de los estados sobre la morbi-mortalidad y

costos, los daños del tabaquismo en las mujeres o en las niñas y los niños, la calidad del aire en los lugares cerrados donde se fuma, etcétera. Con base en ello y a lo largo de estos ocho años, las organizaciones de la red de Códice han desarrollado entre 18 y 22 conferencias de prensa en cada una de las 11 entidades (más el Distrito Federal), con lo cual se han realizado cerca de 250, con temas muy variados encaminados a frenar el tabaquismo.

Debido a que la Ley General para el Control del Tabaco, de orden federal, permite espacios cerrados para fumar en interiores en hasta un tercio del espacio total –sobre todo de restaurantes y bares–, la alternativa ha sido trabajar con los congresos locales para que en los estados se hagan mejores leyes que la federal, es decir, leyes 100% LHT. La perspectiva de las legislaciones locales plantea una tendencia progresiva y consistente a pesar del anquilosamiento para el control del tabaco a nivel federal. Cabe resaltar que los avances en las legislaturas estatales permiten la construcción de argumentos para ir avanzando sobre la ley federal. Por ejemplo, el que la suma poblacional de las 11 entidades que han aprobado leyes 100% LHT represente el 48.08% del total de la población de la república mexicana (*véanse* mapa y cuadro siguientes).

Mapa sobre estados 100% LHT con población total



Población total de México protegida por legislaciones locales que establecen espacios 100% Libres de Humo de Tabaco (LHT)		112 336 538
Estados 100% LHT		Población
Distrito Federal	Reforma a la Ley de Protección a la Salud de los No Fumadores en el Distrito Federal (26 de febrero de 2008)	8 851 080
Tabasco	Reforma a la Ley de Salud del Estado de Tabasco (8 de abril de 2008)	2 238 603
Morelos	Aprobación de la Ley de Protección contra la Exposición Frente al Humo de Tabaco del estado de Morelos (4 de julio de 2011)	1 777 227
Veracruz	Aprobación de la Ley de Protección contra la Exposición de los No Fumadores del estado de Veracruz de Ignacio de la Llave (22 de diciembre de 2011)	7 643 194
Zacatecas	Aprobación de la Ley de Proteccion contra la Exposición del Humo de Tabaco del estado de Zacatecas (12 de junio de 2012)	1 490 668
Estado de México	Aprobación del Reglamento de la Ley de Protección ante la Exposición al Humo de Tabaco en el Estado de México (19 de marzo de 2013)	15 175 862
Nuevo León	Aprobación de la Ley de Protección para los No Fumadores del estado de Nuevo León (1 de junio de 2013)	4 653 458
Baja California Norte	Aprobación de la Ley de Protección a No Fumadores para Baja California (18 de agosto de 2013)	3 155 070
Querétaro	Aprobación de la Ley que Regula los Espacios 100% Libres de Humo de Tabaco en el estado de Querétaro (29 de enero de 2014)	1 627 937
Baja California Sur	Aprobación de la Ley de Protección contra la Exposición al Humo de Tabaco del estado de Baja California Sur (29 de mayo de 2014)	637 026
Sinaloa	Reforma de Ley que Protege la Salud y los Derechos de los No Fumadores para el estado de Sinaloa (30 de julio de 2014)	2 767 761
Oaxaca	Aprobación de la Ley de Protección contra la Exposición al Humo de Tabaco del estado de Oaxaca (11 de diciembre de 2014)	3 801 962
Total de ciudadanas y ciudadanos protegidos por leyes 100% LHT:		54 019 848
Porcentaje total de población:		48.08%

Fuente: Elaborado por Códice con datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía, Censo 2010, disponible en <http://www.inegi.org.mx/>.

Si bien hay avances en materia de control del tabaco, continúan pendientes otras metas, como el que se dejen de vender cigarros sueltos (prohibido legalmente, pero sin que dicha prohibición tenga efectos reales).

Ya podremos preguntarnos ¿por qué 48% de la población sí está debidamente protegida legalmente contra la exposición al humo de tabaco y 52% no? Por supuesto la respuesta a esta pregunta se encuentra en el marco de los derechos humanos, toda vez que las y los mexicanos, conforme a la Constitución, tenemos los mismos derechos, entre ellos el derecho a la protección de la salud, y ese es el caso con los espacios cerrados, públicos y de trabajo 100% LHT.

Desde luego que existe conciencia en torno a que la aprobación de las leyes y sus reglamentos no es sino un primer paso para abatir la prevalencia del tabaquismo y de las enfermedades y muertes que provoca. Continúan pendientes otras metas, como el que se dejen de vender cigarros sueltos (prohibido legalmente, pero sin que dicha prohibición tenga efectos reales). Para todo ello, Códice ha planteado la realización de campañas de información para el control del tabaco como parte de políticas integrales que contribuyan a: divulgar las leyes 100% LHT e incluso la Ley General para el Control del Tabaco; los daños que produce el tabaquismo; los mecanismos de prevención y cesación y, en general, la promoción de una cultura de vida sana.

Hoy los retos consisten en contribuir a que el ejemplo de los 11 estados que ya son 100% LHT, sea retomado por las y los legisladores federales para aprobar una reforma al artículo 27 de la Ley General en la materia, y así poder estar a la altura de los compromisos que asumió México en el marco de la OMS, específicamente en establecer en nuestro país el respeto a los espacios libres de humo. Las organizaciones sociales ya están trabajando para exigir a las y los diputados federales de las distintas entidades que aprueben la reforma que falta.

Finalmente, cabe señalar que la propia realidad está marcando el rumbo y dando los argumentos para avanzar en el control del tabaco: si en personas adultas fumaba una mujer por cada cuatro hombres, hoy las y los adolescentes de 13 a 15 años de edad están fumando por igual. De ahí la importancia que instituciones clave como las comisiones de Derechos Humanos y los institutos de las Mujeres se incorporen a la lucha por la salud pública que es el control del tabaco. D

NOTAS

1 OMS, *Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco* (reimpresión actualizada 2004, 2005), Ginebra, OMS, 2005.
2 Fundación InterAmericana del Corazón (FIC) México, *Monitor ciudadano sobre el control del tabaco en México*, México, FIC México, 2013, p. 43.
3 Un *espacio 100% libre de humo de tabaco* es aquélla área física cerrada con acceso al público que puede ser un lugar de trabajo o el transporte público, en los que está prohibido fumar.
4 Códice, Comunicación Diálogo y Conciencia del Estado de México, Guadalajara y Sinaloa; Espacio para el Crecimiento Personal de Baja California Sur; Comunicación, Intercambio y Desarrollo Humano en América Latina, A. C., de Morelos; Observatorio Ciudadano de Derechos Sexuales y Reproductivos, A. C., de Puebla; Pro Salud Sexual y Reproductiva, A. C., de Nuevo León; Salud y Género, A. C., de Querétaro y Veracruz, y Red de Género y Medio Ambiente de Zacatecas.
5 "La *incidencia política* son los esfuerzos de la ciudadanía organizada para influir en la formulación e implementación de las políticas y programas públicos, a través de la persuasión y la presión ante autoridades estatales, organismos financieros internacionales y otras instituciones de poder. Son las actividades dirigidas a ganar acceso e influencia sobre las personas que tienen poder de decisión en asuntos de importancia para un grupo en particular o para la sociedad en general". *Véase* Oficina en Washington para Asuntos Latinoamericanos/Centro para el Desarrollo de Actividades de Población, *Manual para la facilitación de procesos de incidencia política*, Washington, D. C., marzo de 2015.

Impacto del consumo de tabaco en las mujeres: el precio de la seducción[1]

Guadalupe Ponciano Rodríguez*

Seducir: *engañar con arte y maña;*
persuadir suavemente para algo malo; [...];
embargar o cautivar el ánimo.[2]
Muchas cosas se han hecho debido a la seducción...
pero todo tiene un precio.

* Profesora e investigadora de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México, Departamento de Salud Pública Programa de Investigación y Prevención del Tabaquismo. Correo de contacto: ponciano@unam.mx

A lo largo de la historia de la humanidad, los diferentes usos del tabaco han pasado de tener fines espirituales y curativos –e incluso mágicos–, a formar parte de los intereses meramente comerciales de la industria tabacalera. Esta situación, que se suma a los efectos que tiene el tabaco en la salud, ha ocasionado que en la actualidad, a nivel mundial, su consumo sea considerado como la principal causa de enfermedad, invalidez y muerte prematura. De ello nos habla la autora del presente texto.

De acuerdo con datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) hoy más de 1 300 millones de personas en el mundo son fumadoras y de éstas más de 300 millones son mujeres.[3] Al respecto:

> La industria tabacalera dirige campañas de publicidad muy costosas hacia las mujeres mediante anuncios que explotan estereotipos de género y vinculan falsamente el consumo de tabaco con conceptos de belleza, delgadez, prestigio y libertad. La industria se concentra activamente en las mujeres porque [...] cada vez tienen más poder adquisitivo para comprar tabaco.[4]

Hoy, la relación entre las mujeres y el consumo de tabaco ha llegado a un grado tal que hasta hace algunas décadas era poco probable que surgiera, esto debido al rechazo social que por muchos años existió hacia las fumadoras. Existen evidencias, por ejemplo, que a principios del siglo XX, en algunos estados del norte de Estados Unidos, cuando una mujer se atrevía a fumar en



Fotografía: Enrique Alanis/CDHDF.

público podía ser encarcelada por *dar un pésimo ejemplo a las buenas mujeres*.

Fue a partir de 1920 cuando las compañías tabacaleras visualizaron la importancia que tenían las mujeres para la industria. Ese mismo año, la American Tobacco Company inició una campaña publicitaria cuyo lema era: "Para mantener una figura esbelta, nadie lo puede negar, fuma un Lucky Strike en vez de un caramelo", esto por el deseo de las mujeres de estar delgadas. Por otro lado, la aparición de estrellas famosas, atletas y figuras de la alta sociedad en anuncios de tabaco –especialmente en la década de 1930– fomentó la creación de estereotipos alrededor del consumo de cigarrillos.

La segunda Guerra Mundial marcó un hito importante en el comportamiento de las mujeres ante el tabaco y por ende en su consumo. Su incorporación masiva al mercado laboral inició un proceso hacia la igualdad entre hombres y mujeres en el ámbito social. Si bien antes de la guerra el consumo de tabaco entre las mujeres era apenas perceptible, diversos cambios sociales provocaron nuevas circunstancias para ellas. Esta situación derivó en el aumento en el número de fumadoras, a tal grado que al final de esta guerra fumaba 40% de las mujeres en Inglaterra, 30% en Australia y 25% en Estados Unidos.[5]

Para 1964, cuando se publicó el primer reporte del Cirujano General Tobacco and Health, el cáncer pulmonar era la causa número uno de mortalidad entre los hombres y la quinta entre las mujeres.[6] Las noticias acerca de los efectos del consumo de tabaco en la salud provocaron que las estrategias de las tabacaleras hacia el público femenino se reforzaran. Un ejemplo de ello fue la campaña de la tabacalera Philip Morris, en la que se relacionaba el fumar con el movimiento de liberación femenina, promocionando su marca Virginia Slims con el eslogan *You´ve come* a *long way baby* ("Nena, has recorrido un largo camino"). De esta manera las mujeres no sólo fueron representando un foco de atención como consumidoras, sino que además se acentuó el empleo de su imagen con el fin de atraer al mercado masculino.

En 1998, 90% de las películas realizadas en Hollywood incluían escenas donde se fumaba, la mayoría relacionadas con actividades sexuales y de relajación. Además de esto, en muchos países las tabacaleras empezaron a patrocinar actividades para atraer a las mujeres en eventos deportivos, desfiles de modas, exposiciones de arte y otros en los que se obsequiaban ropa u accesorios o se ofrecían cigarrillos.

En el contexto del consumo de tabaco en las mujeres y los derechos humanos, en 1948 la Declaración Universal de los Derechos Humanos fue aprobada por la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), las propuestas iniciales utilizaban en el artículo 1º de la Declaración la expresión *todos los hombres*, la cual tras grandes controversias fue sustituida por *todos los seres humanos* y así, en otros artículos de la Declaración se utilizan las expresiones *toda persona*, *todo individuo*, etc.; si bien esto no libera al articulado de la Declaración de cierta visión androcéntrica de los derechos humanos desde el punto de vista de los derechos de las mujeres.[7]

A casi setenta años de esta Declaración, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo ha señalado que alrededor de 60 millones de mujeres carecen de dos derechos humanos básicos: educación y salud. La mayoría de éstas son habitantes de los países en vías de desarrollo de América Latina,[8] donde las condiciones sociales, las diferencias de género, las expectativas de desarrollo, la doble jornada laboral, la urbanización masiva y los cambios demográficos son algunos de los factores que ocasionan que las mujeres se desenvuelvan en un ambiente estresante, lo que hace que incursionen en el consumo del cigarro como una respuesta a sus presiones.

En concordancia, las grandes compañías tabacaleras han volcado sus estrategias publicitarias hacia los países del tercer mundo, ante la expectativa de perder adeptos en los países desarrollados debido a las fuertes campañas antitabaco. Así, la publicidad refuerza los estereotipos que socialmente han rodeado a quien fuma, lo cual adquiere un significado especial para cada persona. Un ejemplo de ello es la identificación de las mujeres fumadoras y los hombres fumadores con el estereotipo de persona exitosa, extrovertida, rebelde y sexualmente atractiva.

En nuestro país, las mujeres empezaron a fumar alrededor de la década de 1960, y aun

cuando no ha alcanzado el mismo porcentaje de hombres fumadores, las estadísticas demuestran que cada vez hay más mujeres consumidoras. Según la última Encuesta Nacional de Adicciones de 2011, del total de fumadores (17 millones) más de 5 millones son mujeres.[9] Diversos estudios realizados en la población mexicana han alertado sobre el incremento del tabaquismo entre las niñas y adolescentes,[10] lo cual se reflejará seguramente en un futuro en la morbilidad y mortalidad, debido a padecimientos relacionados con esta adicción, como se explica a continuación.

> Muchas más chicas que chicos fuman porque creen, erróneamente, que ello es una buena forma de controlar su peso. La poca autoestima está asociada con el tabaquismo de las muchachas, estudios efectuados en algunos países desarrollados indican que ellas tienen una autoestima más baja que ellos. Las estrategias de control del tabaquismo deben tener en cuenta que las decisiones de uno y otro sexo para empezar a consumir tabaco son influidas por diferentes factores culturales, psicosociales y socioeconómicos.[11]

Efectos del tabaquismo sobre la salud de las mujeres

En los países en vías de desarrollo, los datos disponibles indican que la mortalidad se eleva entre 80-90% entre las mujeres fumadoras, con suficientes evidencias de que el riesgo se incrementa de manera directamente proporcional a la intensidad y duración del consumo del tabaco. En consecuencia, el riesgo de muerte prematura para millones de mujeres se duplica. Según la OMS "si no se toman medidas urgentes, el consumo de tabaco podría matar a casi 8 millones de personas cada año de aquí a 2030, y 2.5 millones de ellas serían mujeres".[12]

En lo que respecta al tabaquismo pasivo o involuntario, en todo el mundo

> [éste] causa más de 600 000 muertes al año y 64% de éstas corresponden a mujeres. En algunos países, el humo ajeno representa una amenaza mayor para las mujeres que la posibilidad de que éstas pudieran empezar a fumar. Más de 90% de la población del mundo aún no está cubierta por leyes nacionales integrales sobre la prohibición de fumar en determinados lugares.[13]

Se ha demostrado que el consumo de tabaco en las mujeres produce consecuencias distintas a las encontradas en los hombres y que en muchos aspectos pueden tener una mayor susceptibilidad.

Las mujeres fuman un menor número de cigarrillos al día que los hombres, no inhalan tan profundamente el humo, están menos dispuestas a dejar esta adicción, tienen un mayor número de recaídas, síndrome de abstinencia más severo y de mayor duración al dejar de fumar.

> Más mujeres que hombres (63% frente a 46%) fuman cigarrillos "light" porque creen erróneamente que significa "más seguro". A decir verdad, las personas que fuman cigarrillos "light" suelen compensar inhalando más profunda y frecuentemente para absorber la cantidad deseada de nicotina.[14]

Una de las consecuencias del tabaquismo es la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC); las mujeres que fuman tienen 10 veces más probabilidades de desarrollarla que las que no lo hacen.[15] Las adolescentes que consumen tabaco tienen menor crecimiento pulmonar y una reducción prematura de la función pulmonar. En todo el mundo la mortalidad por EPOC entre las mujeres se ha incrementado en los últimos 30 años.[16]

El tabaco es uno de los factores etiológicos más importantes de enfermedad cardiovascular. En mujeres menores de 50 años que fuman de 15 a 24 cigarrillos al día el riesgo de infarto al miocardio se incrementa 2.4 veces comparado con no fumadoras, este riesgo aumenta hasta 10 veces cuando la fumadora además

Según la OMS, "si no se toman medidas urgentes, el consumo de tabaco podría matar a casi 8 millones de personas cada año de aquí a 2030, y 2.5 millones de ellas serían mujeres".

utiliza anticonceptivos orales. En el estudio Framingham, la incidencia de infarto cerebral fue 40% superior en hombres fumadores y 60% en fumadoras comparado con el grupo de no fumadores. Las fumadoras también presentan mayor riesgo de desarrollar aterosclerosis vascular periférica.[17]

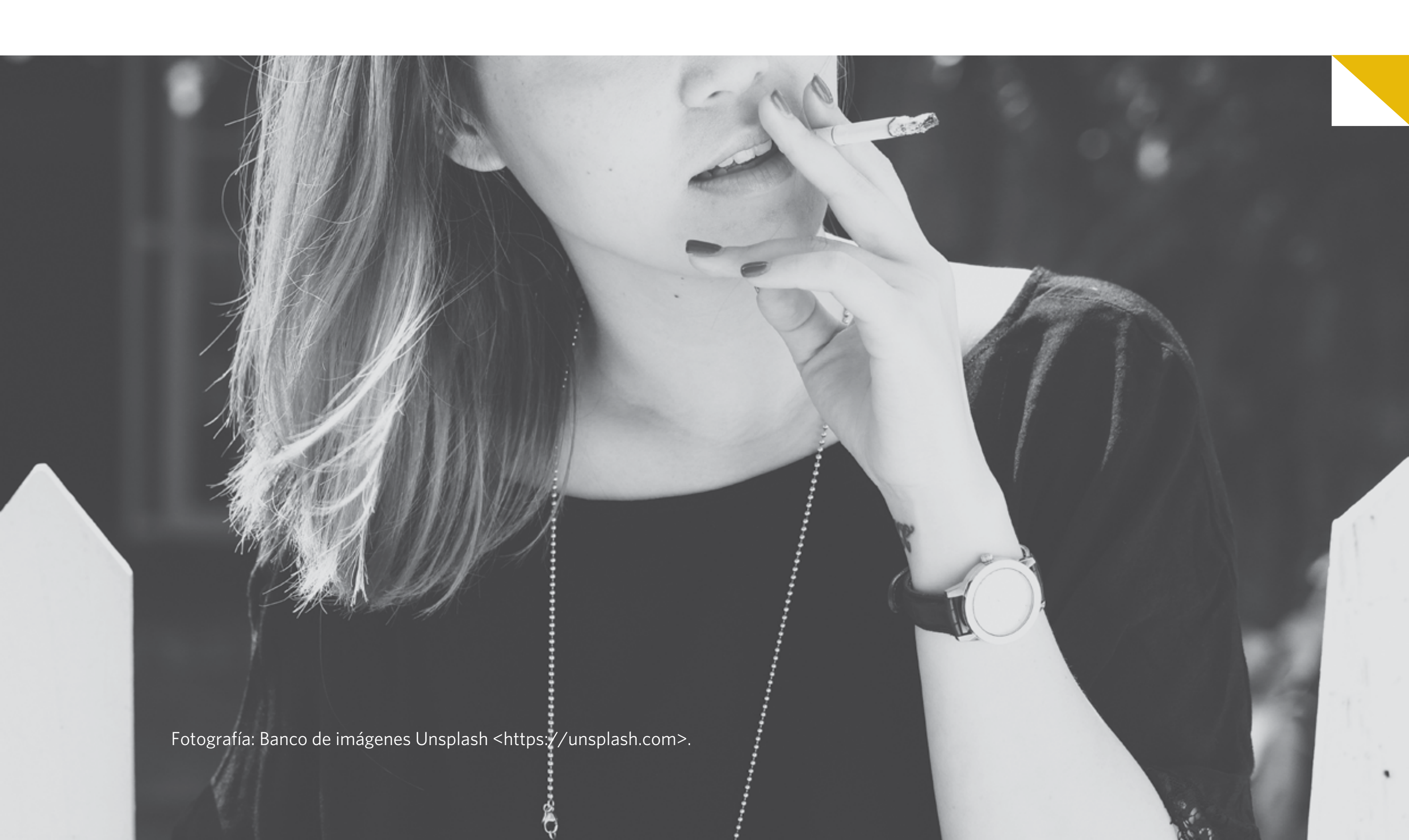
Nueve de cada 10 casos de cáncer de pulmón, tanto en hombres como en mujeres, están relacionados con el tabaquismo. El riesgo de morir por este cáncer es 20 veces mayor en fumadoras que consumen más de una cajetilla de cigarros al día. Hallazgos epidemiológicos recientes sugieren que la mujer es más susceptible a los efectos carcinogénicos del tabaco que el hombre, un cigarrillo fumado por una mujer equivale a 1.7 cigarrillos fumados por un hombre, es decir, casi se duplica su efecto carcinogénico.[18]

El papel del tabaquismo en el desarrollo del cáncer de mama es motivo de controversia. Algunos autores proponen que el riesgo se incrementa notablemente cuando la niña en la menarca (inicio de la menstruación) se expone al humo de tabaco cuando el tejido mamario se encuentra en un desarrollo acelerado.[19] En lo que se refiere a cáncer del cuello del útero, éste se ha asociado con un aumento del doble entre las mujeres fumadoras. Entre los principales tipos de cáncer relacionados con el tabaquismo en mujeres están el de orofaringe, vejiga, hígado y colon. Asimismo se ha reportado un incremento en el riesgo de desarrollar leucemia mieloide aguda.[20]

Por último, múltiples estudios han encontrado una asociación entre depresión y tabaquismo, esto especialmente entre las mujeres, ya que en ellas la depresión se presenta con mayor frecuencia que en los hombres.[21]

Los efectos del tabaquismo durante el periodo de gestación son diversos y representan la principal causa de mortalidad evitable para el producto. El consumo de tabaco ocasiona que la o el bebé tenga menor peso y desarrollo al final del embarazo, además del riesgo de malformaciones congénitas como fisuras orales, estrabismo y fallas en el desarrollo cardíaco. Cabe señalar que se ha asociado la exposición al humo de tabaco en el recién nacido con síndrome de muerte súbita del infante, además de otitis, asma, neumonía y bronquitis crónica.[22]

Ante los efectos del tabaquismo en la salud es urgente actuar tanto en estrategias de prevención como de tratamiento. Es necesario ofrecer información entre las niñas y adolescentes sobre



Fotografía: Banco de imágenes Unsplash <https://unsplash.com>.

los riesgos de fumar, prevenir el inicio al consumo de tabaco en las escuelas primarias y secundarias y conseguir una postura social coherente que privilegie ambientes familiares, escolares y de trabajo libres de humo de tabaco. Asimismo se debe buscar reducir el consumo entre las y los estudiantes de enseñanza superior a través de programas de prevención y tratamiento.

Es trascendental realizar análisis minuciosos y considerar las diferencias de género, de las principales variables que inciden en el éxito de los tratamientos que actualmente se ofrecen para dejar de fumar.

El tabaquismo se ha transformado en un problema emergente de salud pública para este grupo poblacional que incrementa su morbimortalidad, y de no lograrse su control, sus costos sociales, en salud y calidad de vida serán cada vez mayores e impactarán de forma importante a la familia, al ambiente y a las sociedades en su conjunto.

Es necesario mejorar la calidad de vida y condición social de las mujeres para disminuir las brechas de género, fomentar el valor de la salud y fortalecer su autoestima en todas las etapas de su vida. Asimismo, es indispensable generar campañas de información que les permita conocer los riesgos que representa el fumar, así como los programas de prevención y tratamiento del tabaquismo que existen en caso de aquellas que están interesadas en dejar de hacerlo. El camino por recorrer aún es largo.

NOTAS

1 Texto elaborado con base en el artículo "El consumo de tabaco en las mujeres ¿pose o adicción?" Parte I y Parte II, publicado en la *Gaceta Facultad de Medicina*, México, 28 de agosto de 2001, pp. 8-9 y 12, con datos actualizados al 4 de noviembre de 2015.

2 *Véase* Real Academia Española, *Diccionario de la Lengua Española*, 22 ed., RAE, 2003.

3 Organización Mundial de la Salud, "Tabaco", nota descriptiva núm. 339, julio de 2015, disponible en <http://bit.ly/1eyrkjy>, página consultada el 5 de noviembre de 2015.

4 OMS, "10 datos sobre el género y el tabaco", dato 5. Las mujeres constituyen uno de los objetivos más grandes de la industria tabacalera, mayo de 2010, disponible en <http://bit.ly/1QiVRTw>, página consultada el 11 de noviembre de 2015.

5 Irene Hernández del Rey *et al.*, "Tabaquismo en la mujer: revisión y estrategias futuras", en *Prevención del tabaquismo*, vol. 2, núm. 1, 2000, pp. 1-18.

6 Centres for Disease Control and Prevention, *Women and Smoking. A report of the Surgeon General*, 2001.

7 Para mayor información *véase* Isabel de Gonzalo Aranoa, y Maitane Vilela, *Derechos humanos de las mujeres 2. Defensa de los Derechos Humanos de las Mujeres*, Bilbao, Mundubat, 2002, p. 21.

8 Leticia Olvera, "Sin acceso a educación y salud, 60 millones de mujeres en el mundo", en *Gaceta* UNAM, núm. 3241, 19 de marzo de 2001.

9 Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz-Secretaría de Salud, *Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte Tabaco*, México, Secretaría de Salud, 2012.

10 De acuerdo con la ENA 2011, la prevalencia de consumo activo de tabaco en adolescentes de 12 a 17 años se ha ido incrementando: en 2002 era de 14.3% en hombres y 3.8% en mujeres, en 2008 16% en hombres y 7.1% en mujeres, y 2011 16.4% en hombres y 8.1% en mujeres. *Véase* Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz-Secretaría de Salud, *Reporte de Resultados Tabaco* ENA *2011*, México, Secretaría de Salud, 2011.

11 OMS, "10 datos sobre el género y el tabaco", dato 3. Los niños y las niñas tienen diferentes motivos para empezar a fumar, mayo de 2010, disponible en <http://bit.ly/1lkHsJI>, página consultada el 11 de noviembre de 2015.

12 OMS, "10 datos sobre el género y el tabaco", dato 4. Cada año, 1.5 millones de mujeres mueren a causa del consumo de tabaco, mayo de 2010, disponible en <http://bit.ly/1GXiI4j>, página consultada el 11 de noviembre de 2015.

13 OMS, "10 datos sobre el género y el tabaco", dato 8. El 64% de las muertes causadas por el humo de tabaco en el ambiente corresponde a las mujeres, mayo de 2010, disponible en <http://bit.ly/21cfQac>, página consultada el 11 de noviembre de 2015.

14 OMS, "10 datos sobre el género y el tabaco", dato 6. Las mujeres fuman más cigarrillos de tipo "light" que los hombres, disponible en <http://bit.ly/1SdAPU0>, página consultada el 11 de noviembre de 2015.

15 Irene Hernández del Rey *et al.*, "Tabaquismo en la mujer: revisión y estrategias futuras", *op. cit.*, p. 49.

16 *Idem.*

17 *Idem.*

18 *Idem.*

19 *Ibidem*, p. 52.

20 Secretaría de Salud-Instituto Nacional de Salud Pública, Boletín de prensa INSP, Tabaco, obesidad, enfermedades crónicas y cáncer en México, 1 de agosto de 2011.

21 Ana Moreno Coutiño y María Elena Mora Icaza, "Tabaquismo y depresión", en *Salud Mental*, vol. 31, núm. 5, México, septiembre-octubre de 2008, pp. 409-415.

22 Elizardo Becoña y Fernando L. Vázquez, "Las mujeres y el tabaco: Características ligadas al género", en *Revista Española de Salud Pública*, vol. 1, núm. 74, Madrid, enero-febrero de 2000.

El tema de salud en los centros de reclusión de la ciudad de México

Olivia Garza de los Santos*

* Licenciada en Derecho por la Universidad La Salle. Es directora de la asociación Modernizando el Sistema Penitenciario, A. C. Fue diputada local de la Asamblea Legislativa del Distrito Federal de 2012 a 2015, donde presidió la Comisión Especial de Reclusorios.

En México, los centros de reclusión son lugares donde se cometen violaciones recurrentes a los derechos humanos, entre ellos el derecho a la salud de las personas privadas de la libertad. En este texto su autora aborda de manera general la situación que en materia de salud priva en estos espacios y las medidas que deben tomarse para garantizar este derecho a las y los internos.

En cuestiones de salud, las personas internas enfrentan una doble vulnerabilidad, primero por no poder proveerse de un servicio médico de manera personal y directa al encontrarse en situación de reclusión, y segundo por estar sujetas a un proceso o cumpliendo una sentencia en prisión.

Al hacer una revisión sobre cómo se garantiza el derecho a la salud de las personas internas se observa que la ausencia de este derecho afecta particularmente a grupos de población en situación de pobreza, cuyos derechos a una vida digna son menos respetados en función de que carecen de capacidades económicas y jurídicas. Esto se puede ver a través de la falta de servicios ligados a la calidad de vida, como es el caso del abastecimiento de agua potable y el tratamiento de aguas residuales, la calidad de los dormitorios, la alimentación y el acceso a la salud. La vida en reclusión, por lo tanto, puede llegar a colocar en situación de vulnerabilidad a una persona enferma cuyas capacidades sociales y económicas están disminuidas o no cuentan con los recursos monetarios para comprar los servicios que les niega la institución carcelaria.

Por lo anterior, iniciaremos nuestro análisis revisando la normatividad tanto en el ámbito nacional como en el internacional.

El derecho a la salud comprende un conjunto de derechos y libertades. La Organización Mundial de la Salud ha expresado que el reconocimiento de la salud en el derecho internacional de los derechos humanos transforma la obligación moral en el origen de las prácticas de la salud pública, en un imperativo jurídico del Estado.[1]

Para proteger el derecho a la salud existen una serie de normas jurídicas tanto nacionales como internacionales. Desde 1948 la Declaración Universal de los Derechos Humanos reconoce este derecho como imperativo de la comunidad internacional.[2] La salud es una necesidad



Fotografía: Sonia Blanquel/CDHDF.

esencial de todas las personas, si no hay acceso a la salud tampoco existe una vida digna. La salud es reconocida como derecho humano en múltiples instrumentos internacionales de protección de los derechos humanos, incluyendo la Declaración Universal de los Derechos Humanos; el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; el Protocolo de San Salvador; la Observación General núm. 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), así como los instrumentos y jurisprudencia del sistema interamericano de protección de derechos humanos.

La ONU promulgó las Reglas mínimas para el tratamiento de los reclusos,[3] que de manera específica en su regla 22 establece las condiciones básicas de servicios de salud que deben prevalecer dentro de los reclusorios:

> *1)* Todo establecimiento penitenciario dispondrá por lo menos de los servicios de un médico calificado, que deberá poseer algunos conocimientos psiquiátricos. Los servicios médicos deberán organizarse íntimamente vinculados con la administración general del servicio sanitario de la comunidad o de la nación. Deberán comprender un servicio psiquiátrico para el diagnóstico y, si fuere necesario, para el tratamiento de los casos de enfermedades mentales. *2)* Se dispondrá el traslado de los enfermos cuyo estado requiera cuidados especiales a establecimientos penitenciarios especializados o a hospitales civiles. Cuando el establecimiento disponga de servicios internos de hospital, éstos estarán provistos del material, del instrumental y de los productos farmacéuticos necesarios para proporcionar a los reclusos enfermos los cuidados y el tratamiento adecuados. Además, el personal deberá poseer suficiente preparación profesional. *3)* Todo recluso debe poder utilizar los servicios de un dentista calificado.

Al efecto, existen una serie de normas nacionales que marca cómo debe mantenerse la salud al interior de los centros penitenciarios.

De acuerdo con el artículo 11 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica,[4] en todos los reclusorios y centros de readaptación

social de México deberá existir un servicio de atención médico-quirúrgica que permita resolver los problemas que se presenten y, en caso de que alguna o algún interno deba ser transferido a una unidad médica con mayor poder de resolución, la custodia quedará a cargo de la autoridad competente.

Otra consideración importante consiste en que las personas en reclusión que necesiten de un nivel de cuidado no disponible dentro del centro penitenciario deben ser trasladadas al hospital del sistema penitenciario respectivo. Serán entonces las y los funcionarios de dicho sistema las personas responsables de asegurar el derecho a la salud de acuerdo con la ley, la cual establece que "los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley deben asegurar la plena protección de la salud de las personas bajo su custodia y, en particular, tomarán medidas inmediatas para proporcionar atención médica cuando se precise".

Con respecto a la legislación del Distrito Federal, el Reglamento de Centros de Reclusión del Distrito Federal señala que dichos centros contarán permanentemente con servicios médico-quirúrgicos generales, y los especiales de psicología, de psiquiatría y odontología, dependientes de la Secretaría de Salud del Distrito Federal (Sedesa), serán los que proporcionarán, dentro del ámbito de su exclusiva competencia, la atención médica que las personas internas requieran.

En la ciudad de México hay 10 centros de reclusión y las dos nuevas torres del Reclusorio Norte, lugares donde se presta un servicio de salud muy deficiente debido a que hay 36 560 personas privadas de la libertad y no se cuenta con suficiente personal médico para atenderlas, lo cual ha provocado que sea imposible cubrir el derecho a la salud de quienes están en dichos centros.

En los penales del Distrito Federal el servicio de salud es prestado por médicos generales, no hay especialistas, aun cuando el sistema penitenciario local cuenta con una Torre Médica de Especialidades, muchas de las internas y los internos son trasladados para su atención médica a los hospitales de la ciudad de México, lo que genera una serie de complicaciones para el propio sistema penitenciario.

En la ciudad de México hay 10 centros de reclusión y las dos nuevas torres del Reclusorio Norte, donde se presta un servicio de salud muy deficiente, debido a que hay 36 560 personas privadas de libertad y muy poco personal médico para atenderlas.

De manera recurrente observamos que la organización de la logística para el traslado de pacientes del penal al hospital requiere de todo un proceso administrativo complejo y tardado: cuando existe un riesgo en la salud de las personas se precisa de un procedimiento que autorice a la interna o el interno su salida hacia el hospital y la coordinación con la Sedesa para el envío de la ambulancia, lo cual genera gastos para el sistema penitenciario.

Aunado a todo lo anterior, es necesario asignar seguridad durante el traslado de la persona en reclusión al hospital, así como comisionar a un oficial custodio para que permanezca día y noche en el nosocomio, al pendiente de la o el paciente, esto en tanto es atendido, lo que deriva en un proceso administrativo muy complejo.

Existen varias quejas en la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal (CDHDF), ya sea producto de la falta o de la mala atención médica de internas e internos enfermos, de escasez de dicha atención al interior de un penal, o incluso de falta de atención médica para los casos de traslados de las personas privadas de la libertad enfermas a hospitales capitalinos.

Dentro del sistema penitenciario existen grandes riesgos para las y los internos enfermos si se presentan situaciones de urgencia y es necesario trasladarlos de manera inmediata porque su vida está en riesgo, existen casos documentados donde la falta de oportunidad en la atención médica tristemente causó la muerte de una persona privada de libertad, incluso existen recomendaciones de la CDHDF al respecto, donde se ha determinado responsabilidad en los hechos tanto del personal penitenciario como de la Sedesa, y los instrumentos recomendatorios han ordenado indemnizar a familiares de

las personas en reclusión que fallecieron por no recibir atención médica.

Tal es el caso de la Recomendación 16/2014 de la CDHDF, emitida respecto de 20 casos en los que en 18 de ellos se concluye con la muerte de las personas internas en penales capitalinos debido a la falta de atención médica hospitalaria. Dentro de estas quejas encontramos a un hombre privado de libertad que padecía diabetes e hipertensión y que después de presentar inflamación en el abdomen pide ser trasladado al hospital, se le lleva dos días después y muere, éste es tan solo un caso que ejemplifica las continuas violaciones a derechos humanos que en torno al tema de salud viven las personas privadas de libertad. Cuando hay una violación a la salud, se viola el derecho a una vida digna.

La Subsecretaría de Sistema Penitenciario y la Sedesa deben coordinar los esfuerzos para brindar atención inmediata a las y los internos que requieren atención médica y hospitalaria, ya que como sabemos ellas y ellos se enfrentan a una doble vulnerabilidad: la primera por tener una enfermedad y la segunda por encontrarse privados de la libertad y no poder acceder a la salud de manera libre, y esto se agrava aún más cuando son de escasos recursos.

Hemos hablado de la salud en general, pero otra población que encontramos en la cárcel, y que por sus circunstancias particulares requiere de un tratamiento especial, son las mujeres, así como sus hijas e hijos que viven con ellas.

Las mujeres requieren del seguimiento de un tratamiento médico y ginecológico y de la realización periódica de exámenes como son el papanicolao y la mastografía.

En la ciudad de México existen 110 niñas y niños en reclusión que no han cometido ningún delito, pero que viven en el Centro Femenil de Reinserción Social Santa Martha Acatitla, debido a que sus madres están privadas de la libertad. Deben salvaguardarse los derechos de estas niñas y estos niños, empezando por un trato digno. También se requiere que una o un médico pediatra cuide de su salud, y que se les proporcionen los alimentos adecuados para su desarrollo, y ello solo puede lograrse con la intervención de la Sedesa.

> El sistema penitenciario y la Sedesa deben coordinar los esfuerzos para brindar atención inmediata a las personas privadas de libertad que requieren atención médica y hospitalaria.

Lo anterior es muy importante dado que suele ocurrir que las mujeres en reclusión experimenten abandono por parte de sus familias y las y los niños pueden correr con la misma suerte. Y si el Estado por conducto de la Secretaría de Salud local no les proporciona el acceso al derecho a la salud, no tienen otra manera de tenerlo, lo que los coloca de nueva cuenta frente a una situación de doble vulnerabilidad.

La situación de salud que viven las y los niños en la cárcel con sus madres puede verse afectada, por ejemplo, si se ven expuestos al humo del tabaco. Si bien, la Ley para la Protección de la Salud de los No Fumadores en el Distrito Federal establece en su artículo 1º la obligación de "proteger la salud de la población de los efectos nocivos por inhalar involuntariamente el humo de la combustión del tabaco, en lo sucesivo humo de tabaco", éste no se cumple en los centros de reclusión. Por ello, es indispensable que la Subsecretaría de Sistema Penitenciario proteja la salud de las y los niños y establezca mecanismos, acciones y políticas públicas tendientes a prevenir y disminuir las consecuencias derivadas del consumo de tabaco y de la exposición a su humo en cualquiera de sus formas.

Por último, otro de los grupos importantes que también encontramos en la cárcel y que requiere de un tratamiento adecuado por parte de la Sedesa es el de internas e internos que se ubican en los centros de rehabilitación psicosocial.

Conclusiones

De lo anterior podemos concluir lo siguiente:

- Es indispensable que exista una coordinación entre la Subsecretaría de Sistema Penitenciario del Distrito Federal y la Sedesa para que se brinde un servicio de



Cortesía: Fundación InterAmericana del Corazón México.

salud adecuado a las personas privadas de libertad, dentro y fuera de los centros de reclusión y en los hospitales de la ciudad capital.

- Los centros penitenciarios de la ciudad de México, por conducto de la Sedesa, deben garantizar el derecho a la salud, para lo cual es indispensable que se tomen acciones efectivas para dotar de equipo y personal médico que brinde atención médica adecuada en todos y cada uno de los centros de reclusión del Distrito Federal.
- Cada centro penitenciario debe disponer de por lo menos un médico calificado (médico general, ginecólogo y pediatra) y de instalaciones básicas para prestar el servicio de salud. Los servicios médicos deberán organizarse de forma vinculada con la Sedesa.
- Los traslados de las personas enfermas a los hospitales de la Sedesa deben efectuarse de forma inmediata y sin dilación, cuando se trate de alguna emergencia o se requiera de cuidados especiales.
- Se debe considerar un servicio psiquiátrico para el diagnóstico y, si fuere necesario, para el tratamiento de los casos de enfermedades mentales.
- Se debe proveer el servicio de dentista. D

NOTAS

1 Declaración Universal de los Derechos Humanos, aprobada y proclamada el 10 de diciembre de 1948 por la Organización de las Naciones Unidas, artículo 25, párrafo 1, disponible en <http://bit.ly/1Oco798>, página consultada el 10 de noviembre de 2015.

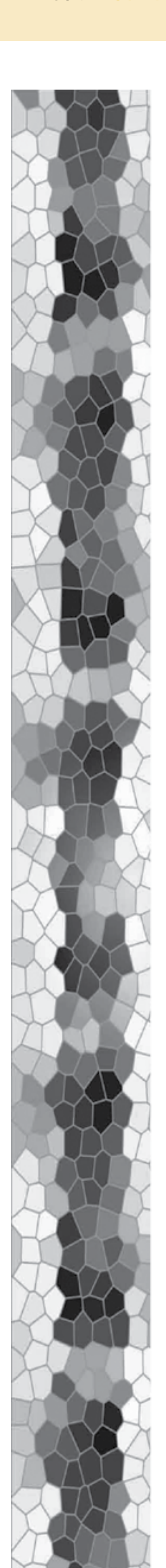
2 *Ibidem*, artículo 2º, párrafo 2.

3 Reglas mínimas para el tratamiento de los reclusos, adoptadas por el Primer Congreso de las Naciones Unidas sobre Prevención del Delito y Tratamiento del Delincuente, celebrado en Ginebra en 1955, y aprobadas por el Consejo Económico y Social en sus resoluciones 663C (XXIV) de 31 de julio de 1957 y 2076 (LXII) de 13 de mayo de 1977.

4 Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, publicado en el *Diario Oficial de la Federación* el 14 de mayo de 1986; última reforma publicada el 24 de marzo de 2014, artículo 11.

5 Reglamento de Centros de Reclusión del Distrito Federal, publicado en la *Gaceta Oficial del Distrito Federal* el 20 de febrero de 1990, última reforma publicada el 30 de agosto de 2004, Capítulo v, artículo 131.

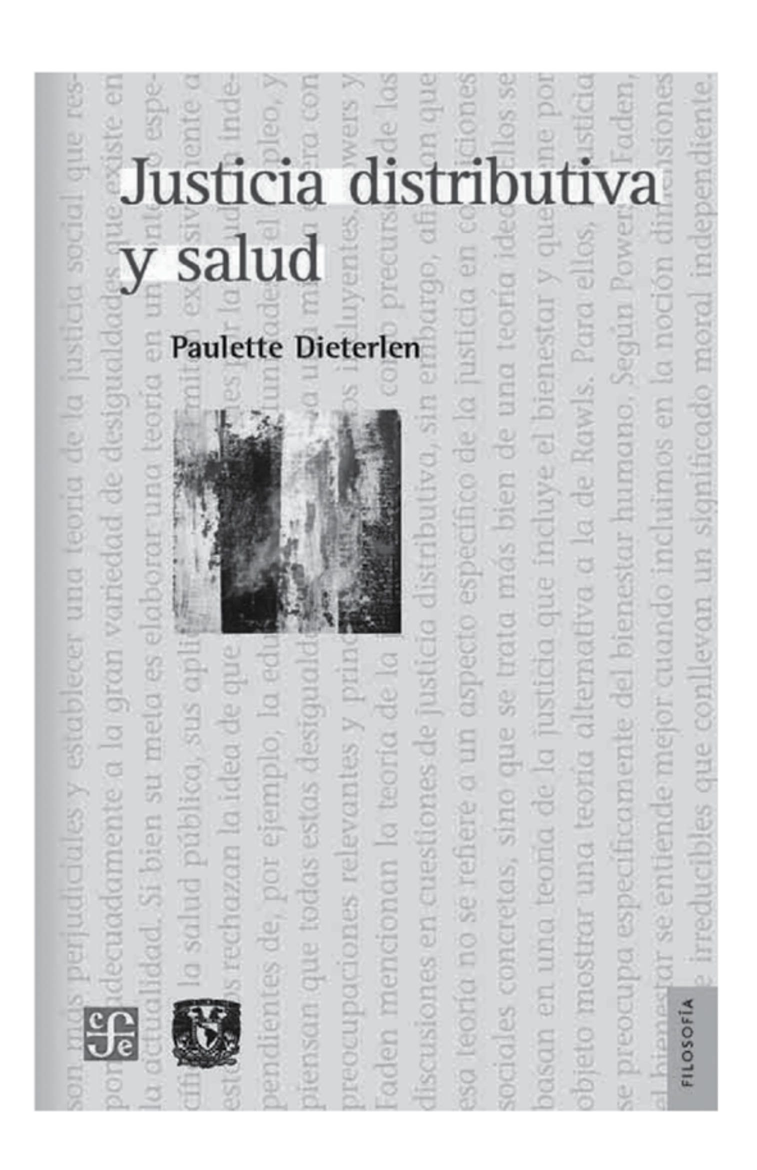
6 Subsecretaría de Sistema Penitenciario, “Movimiento Diario de Población Penitenciaria”, disponible en <http://bit.ly/1XalpGH>, página consultada el 13 de noviembre de 2015.




COMISIÓN DE DERECHOS HUMANOS DEL DISTRITO FEDERAL
En la CDHDF
cuidamos tus derechos


UNIVERSIDAD ANÁHUAC
VINCE IN BONO MALUM
MÉXICO SUR
Centro Anáhuac Sur
en Derechos Humanos
Facultad de Derecho


FONDO
DE CULTURA
ECONÓMICA


Justicia distributiva
y salud
Paulette Dieterlen
FILOSOFÍA

Justicia distributiva y salud

- Paulette Dieterlen, México, FCE/UNAM-PUB-FFL/Conbioética (Colección Filosofía), 2015, 201 pp.*

En esta obra se presenta un enfoque teórico sobre distintas propuestas filosóficas, por medio del cual se hace un repaso histórico en torno a la creación de las instituciones de salud en México. Asimismo, se desarrolla un tema sustancial que es la igualdad de oportunidades reales para obtener el bienestar individual, rubro en el que la salud juega un papel primordial, particularmente dentro de un contexto en el que no todas las y los mexicanos tienen la misma gama de opciones para el cuidado de su salud, y por lo tanto es imposible que la toma de decisiones sobre éstas sea equitativa.

Justicia distributiva y salud permite tener claridad sobre los elementos que integran un buen estado de salud, como son: las variaciones genéticas, las discapacidades, las enfermedades, así como la diversidad de entornos en los que se desenvuelve cada persona. Esto con el fin de descubrir las disfunciones en los estados de salud física, mental y social, ya que la pérdida de funciones que se asocian a la enfermedad, la discapacidad y la pobreza reducen la gama de oportunidades que se encuentra al alcance de todas y todos para obtener un adecuado estado de bienestar.

Diferentes teóricos citados en esta obra consideran que es un deber de la comunidad global asegurar que quienes viven en situación de marginación en su país obtengan lo necesario para llegar a un estado de bienestar, ya que desde un punto de vista moral los seres humanos debemos ser tratados con igualdad, consideración y respeto, pero sin dejar de lado que la salud es uno de los derechos fundamentales que debe ser protegido por cada Estado.

A través de los capítulos: La igualdad y los criterios de distribución; La teoría de la justicia como equitativa; El igualitarismo de la suerte; La salud como un elemento constitutivo del bienestar, y La protección a la salud como un mínimo decente y como un derecho básico, la doctora Dieterlen realiza un análisis minucioso sobre la importancia que representa el problema de la justicia distributiva en materia de salud y utiliza la bioética para reflexionar, deliberar y analizar planteamientos normativos y de políticas públicas que han regulado la distribución de la protección a la salud en México, y que, paralelamente, representan un conflicto en la vida social actual y para las futuras generaciones; a la vez que enfatiza que cada sistema de salud en una sociedad enfrenta la necesidad de decidir qué proporción de recursos deberá emplearse para los cuidados de la salud.

Con seguridad, este libro será del agrado de quienes están interesados en la temática, además de que representa una herramienta valiosa para las y los estudiosos de la materia, las y los médicos de nuestro país, así como para las y los legisladores. D

* Reseña elaborada por Zaira Wendoly Ortiz Cordero, colaboradora de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal.



En la CDHDF *cuidamos tus derechos*

PRESENTA CDHDF RECOMENDACIONES 12, 13 Y 14/2015 SOBRE VIOLACIONES A DERECHOS HUMANOS A LA EDUCACIÓN, A LA IGUALDAD Y A LA SEGURIDAD JURÍDICA, ENTRE OTROS

La Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal (CDHDF) presentó las recomendaciones 12, 13 y 14 de 2015, relacionadas con violaciones a derechos humanos cometidos en contra de estudiantes del Instituto de Educación Media Superior del Distrito Federal (IEMSDF), de integrantes de la comunidad lésbica, gay, bisexual, transexual, trangénero, travestista e intersexual (LGBTTTI) que se encuentran privadas de su libertad en el Reclusorio Norte, así como de dos ciudadanos que perdieron su automóvil debido al retiro de éste de la vía pública por parte de elementos de tránsito capitalinos.

La presidenta de la CDHDF, Perla Gómez Gallardo, informó que en las investigaciones realizadas por este organismo, en cada uno de los casos se acreditaron las violaciones a los derechos humanos de las víctimas, en los cuales se señalan como autoridades responsables a la Secretaría de Educación del Distrito Federal, el Instituto de Educación Media Superior del Distrito Federal (IEMSDF), la Secretaría de Gobierno capitalina, la Secretaría de Seguridad Pública del Distrito Federal (SSPDF) y la delegación Gustavo A. Madero.

En la Recomendación 12/2015 la ombudsperson señaló que se violó el derecho a la educación de las y los jóvenes estudiantes por la construcción inconclusa de cuatro planteles del IEMSDF, lo cual impide su adecuado funcionamiento conforme a su proyecto educativo.

En la Recomendación 13/2015 se acreditaron el uso indebido de la fuerza; tratos crueles, inhumanos y degradantes, y la violación al derecho a la igualdad y no discriminación en agravio de personas de la comunidad LGBTTTI privadas de la libertad en el Reclusorio Preventivo Varonil Norte.

Con respecto a la Recomendación 14/2015 se acreditó la violación a los derechos humanos del ciudadano con el retiro de la vía pública, el traslado a depósito vehicular y chatarrización de su automóvil, sin haber agotado el procedimiento aplicable e incumplimiento de sentencia relacionada con automóviles en depósito vehicular de la SSPDF.

Por lo anterior, la Comisión recomendó a las autoridades de la Secretaría de Educación del Distrito Federal y al IEMSDF a que se atiendan las necesidades, particularmente en recursos materiales y humanos, para que se garantice el derecho a la educación de la comunidad estudiantil que asiste a las preparatorias en comento.

A la Secretaría de Gobierno y a la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal recomendó que repare el daño material e inmaterial, brinde atención médica y psicológica especializada a los integrantes de la comunidad LGBTTTI privadas de su libertad en el Reclusorio Norte que fueron víctimas de los sucesos, así como implemente campañas permanentes de capacitación sobre los derechos humanos de personas de esta comunidad.

A la SSPDF y de la delegación Gustavo A. Madero recomendó que indemnice a los agraviados por concepto de daño material e inmaterial, así como implemente un programa de capacitación en materia de derechos humanos con el programa Calidad de Vida, entre otros puntos. D

N. del E.: Esta es una síntesis de los instrumentos recomendatorios que emite la CDHDF. Para conocerlos en su totalidad véanse <http://cdhdfbeta.cdhdf.org.mx/wp-content/uploads/2015/10/Reco_1512.pdf>, <http://cdhdfbeta.cdhdf.org.mx/wp-content/uploads/2015/10/reco_1513.pdf> y <http://cdhdfbeta.cdhdf.org.mx/wp-content/uploads/2015/11/reco_1514.pdf>.

Recomendaciones emitidas en octubre y noviembre 2015

Recomendación/ Visitaduría General (VG) que emite/ fecha de emisión	Caso	Tema	Autoridades involucradas	Derechos vulnerados*	Cuestiones relevantes
12/2015 3ª VG 15/oct/2015	Afectación al derecho a la educación por la construcción inconclusa de los planteles Álvaro Obregón 2, Iztapalapa 3, Iztapalapa 4 y Venustiano Carranza del Instituto de Educación Media Superior del Distrito Federal, lo cual impide su adecuado funcionamiento conforme a su proyecto educativo.	Educación	**Responsable:** Secretaría de Educación del Distrito Federal. Instituto de Educación Media Superior del Distrito Federal. **Colaboradora:** Asamblea Legislativa del Distrito Federal, VII Legislatura.	Derecho a la educación en relación con los principios de progresividad, no discriminación e interés superior de la infancia.	Mediante la investigación de un expediente de queja (un principal y dos acumulados) la CDHDF constató afectación al derecho a la educación, debido a que los planteles Álvaro Obregón 2; Iztapalapa 3 y 4; y Venustiano Carranza del Instituto de Educación Media Superior del Distrito Federal permanecen en diferentes etapas de construcción y equipamiento, lo cual genera una afectación importante a las y los jóvenes que asisten a clases, ya que son formados bajo condiciones inadecuadas: infraestructura insuficiente, falta de profesoras o profesores que impartan completamente las materias del programa, carencia de material educativo y de espacios físicos para brindar los servicios educativos, entre otros, son la constante desde hace poco más de cinco años de un número permanente de jóvenes inscritos en estos cuatro planteles.
13/2015 2ª VG 15/oct /2015	Uso indebido de la fuerza, tratos crueles, inhumanos y degradantes, violación al derecho a la igualdad y no discriminación en agravio de personas de la comunidad lésbica, gay, bisexual, transexual, transgénero, travestista e intersexual (LGBTTTI) privadas de la libertad en el Reclusorio Preventivo Varonil Norte.	LGBTTTI	**Responsable:** Secretaría de Gobierno del Distrito Federal. **Colaboradora:** Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal.	Derecho a la integridad personal. Derecho a las garantías judiciales y seguridad jurídica. Derecho a la protección judicial. Derecho a la igualdad y no discriminación.	La Recomendación se emite a partir de la investigación del expediente de queja (un principal y dos acumulados) donde se constató que se violó el derecho a la integridad personal, derecho a la igualdad y no discriminación, entre otros, por parte del personal de seguridad y custodia del Reclusorio Preventivo Varonil Norte, que intervino para desalojar a las personas que se encontraban en la Zona 1 del Anexo 8, área donde se ubica a personas de la comunidad LGBTTTI, debido a un incendio en la zona. Ante dicha situación el personal de seguridad y custodia de manera conjunta derribó, lesionó, sometió y arrastró de los cabellos a las personas agraviadas A, B, C, D, E y G. Asimismo, agredieron con patadas, bastonazos y puñetazos en diversas partes del cuerpo a la mayoría de personas agraviadas. En el caso de las personas agraviadas C y E esto ocurrió pese a que ya se encontraban derribadas en el piso y esposadas.

Recomendación/ Visitaduría General (VG) que emite/ fecha de emisión	Caso	Tema	Autoridades involucradas	Derechos vulnerados*	Cuestiones relevantes
14/2015 1ª VG 25/nov/2015	Retiro de la vía pública, traslado a depósito vehicular y compactación (chatarrización) de un automóvil, sin haber agotado el procedimiento aplicable e incumplimiento de sentencia relacionada con automóviles en depósito vehicular de la Secretaría de Seguridad Pública del Distrito Federal.	Chatarrización	**Responsable:** Secretaría de Seguridad Pública del Distrito Federal. Delegación Gustavo A. Madero.	El derecho a la seguridad jurídica y el principio de legalidad en conexidad con el derecho a la garantía de audiencia. Derecho a una adecuada protección judicial. Derecho a la propiedad privada.	La presente Recomendación se refiere a dos expedientes de queja que implican a igual número de personas agraviadas, quienes fueron víctimas de actos de autoridad que vulneraron sus derechos humanos a la seguridad jurídica y el principio de legalidad en conexidad con el derecho a la garantía de audiencia, a una adecuada protección judicial y a la propiedad privada. Pues, en un caso, sin apegarse a los procedimientos establecidos, a petición de la delegación Gustavo A. Madero, un automóvil fue retirado de la vía pública y remitido al depósito vehicular "Fuerte Loreto", en el cual, estando bajo resguardo de la Secretaría de Seguridad Pública del Distrito Federal, fue compactado. En tanto que, en el otro, la misma dependencia se ha abstenido de dar cumplimiento a una sentencia emitida por el Tribunal de lo Contencioso Administrativo del Distrito Federal, relacionada con dos automóviles que se encuentran en el depósito vehicular "Zarco".

*Se desglosan como fueron consignados en el instrumento recomendatorio.

Balance por dos años al frente de la CDHDF

Al cumplirse dos años de gestión al frente de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal (CDHDF), la presidenta del organismo, Perla Gómez Gallardo, presentó un resumen de las acciones y los trabajos realizados en materia de promoción, defensa e impulso al respeto a los derechos humanos en la ciudad de México.

En el Salón de Consejo de la CDHDF, la ombudsperson capitalina informó que en su gestión se han emitido 29 recomendaciones, derivadas de la investigación realizada en 304 expedientes de queja, en las que se acreditó la violación de los derechos humanos en detrimento de por lo menos 679 personas.

Destacó que todas las recomendaciones que ha emitido la Comisión en este lapso han sido aceptadas por el Gobierno del Distrito Federal (GDF) y están en etapa de cumplimiento.

Dijo que entre las recomendaciones emitidas están algunas con temática que nunca se había tocado en los 22 años de existencia de la CDHDF, como es el caso de la Recomendación 12/2014 sobre la violación a los derechos humanos en el contexto de las construcciones urbanas de particulares y sobre las afectaciones a terceras personas por la inadecuada o deficiente actuación de las autoridades facultadas para velar por el cumplimiento de la normatividad en la materia.

Mencionó también que en el instrumento recomendatorio 4/2015, por primera vez se hizo una revisión integral de la problemática sobre el uso de



Fotografía: Ernesto Gómez/CDHDF.

suelo urbano en la ciudad de México y se visualizaron irregularidades en la emisión de certificados únicos de zonificación de uso de suelo, lo cual vulnera derechos humanos que impactan la vida de vecinas y vecinos del Distrito Federal.

Gómez Gallardo dijo que en la Recomendación 14/2014 se abordaron los casos de 95 personas víctimas de tortura, cometida por servidores públicos del GDF; la 1/2015 sobre la omisión de garantizar acceso a la justicia a Jesús Romero Colín, y la 7/2015 sobre el caso de retiros forzados y criminalización de personas en situación de calle.

De la misma manera mencionó que en estos dos años, la Comisión realizó 1 682 eventos a los que acudieron representantes de 1 130 organizaciones de la sociedad civil y un total de 15 075 asistentes. Enfatizó que la CDHDF es una institución de puertas abiertas para todo tipo de foros, con pluralidad y de manera incluyente.

Señaló que con el fin de acercar la Comisión a la gente, las diversas unidades Ombudsmóvil participaron en 504 jornadas y eventos, visitaron 310 colonias y recorrieron casi 19 000 kilómetros atendiendo a la población.

La presidenta de la CDHDF expresó que se ha acompañado a la población en 238 eventos públicos en los que, además, se solicitó la implementación de medidas precautorias. En su momento, también se ha acompañado a las movilizaciones del Viacrucis Migrante en las que se atendieron a 927 personas.

Mencionó que la CDHDF efectuó, entre otros documentos importantes, un *Amicus Curiae* sobre el caso *New´s Divine*; los Estándares para la elaboración de la Ley General sobre Desaparición Forzada de Personas, y Observaciones al proyecto de la Procuraduría General de la República de la Ley General para Prevenir, Investigar y Sancionar la Tortura.

Gómez Gallardo refrendó su decisión de seguir impulsando la defensa y la promoción de los derechos humanos y señaló que la institución se mantendrá cerca de la población y en especial de las víctimas. D

Reconocimiento Ponciano Arriaga Leija 2015

Al encabezar la ceremonia de entrega del Reconocimiento Ponciano Arriaga Leija 2015, la presidenta de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal (CDHDF), Perla Gómez Gallardo, expresó lo emblemático que es la entrega de este galardón, pues es un día que permite dar las gracias a las y los ganadores por su ardua defensa de los derechos humanos desde sus diferentes ámbitos, "estamos en un contexto donde el [decir] gracias es visibilizar, es incluso salvar vidas, para evidenciar el nivel de impunidad, para evidenciar la importancia de estas instituciones", dijo.

Señaló que desde la CDHDF "nos conmovemos y nos movemos para tratar de hacer estas diferencias que no pasan desapercibidas".

Hermelinda Tiburcio Cayetano –quien recibió el Reconocimiento Ponciano Arriaga 2015 en la categoría Lucha y defensa– dijo que como mujer e indígena su trabajo de promoción de los derechos de las personas y los pueblos es doble.

La trabajadora social y activista en el corazón de la montaña mixteca en Guerrero expresó que continuará denunciando las violaciones a los derechos de las niñas, los niños y las mujeres, como lo hizo por los ataques sexuales por parte de elementos del Ejército mexicano, pues aún hace falta quien defienda derechos en su comunidad, en el país y en el mundo.

Por su parte, el maestro Miguel Sarre Iguíniz –quien recibió el Reconocimiento Ponciano Arriaga 2015 en la categoría Trayectoria– se refirió a la falta de un debido proceso, ya que aunque en México existe un amplio catálogo de derechos, no hay o no funcionan los procedimientos adecuados para hacerlos valer.

Destacado por su compromiso en favor de los derechos humanos de las personas privadas de libertad, se pronunció a favor de que les sea respetado su derecho al voto, como una forma para que sean vistas y escuchadas y para que les respeten todos sus demás derechos, como el de la salud, el trabajo y la educación.

La ceremonia de entrega de este reconocimiento se realizó en el auditorio Digna Ochoa y Plácido de la CDHDF, y participaron el consejero consultivo de este Organismo, Lawrence Salomé Flores Ayvar; la coordinadora de Vinculación con la Sociedad Civil, Clara Isabel González Barba –ambos miembros del jurado calificador–; y José Hernández, en representación del abogado general de la Universidad Nacional Autónoma de México, César Astudillo Reyes. D



Fotografía: Archivo/CDHDF.

Diplomado en derechos humanos y uso de la fuerza


Fotografía: Alejandro Cuevas/CDHDF.

La Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal (CDHDF) clausuró los trabajos del tercer Diplomado en derechos humanos y el uso de la fuerza en la actuación de los cuerpos de seguridad, luego de capacitar en la materia a 86 servidoras y servidores públicos adscritos a instituciones encargadas de la seguridad en la ciudad de México.

En la ceremonia realizada en el Auditorio de la Biblioteca José Vasconcelos, la directora ejecutiva de Educación por los Derechos Humanos de la CDHDF, Aída Marín Acuapan, dijo que la capacitación a los elementos policiacos debe ser transversal, con el fin de desdibujar la falsa tensión entre el respeto a los derechos y el actuar policial.

Destacó que durante más de nueve meses, 24 alumnas y 62 alumnos del diplomado recibieron conocimientos teóricos y prácticos, todas y todos los servidores públicos de la Secretaría de Seguridad Pública del Distrito Federal; de la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal; de la Subsecretaría del Sistema Penitenciario; de la Consejería Jurídica y de Servicios Legales del Distrito Federal; de la Policía Federal y de la propia CDHDF.

Aída Marín Acuapan consideró que en la medida en que se favorezcan espacios educativos se podrá brindar luz a los retos y desafíos que las labores de seguridad presentan, y se contará con organismos públicos basados en la cultura de servicio, la obediencia de los derechos y el respeto a la dignidad humana.

Avance sustancial en los derechos de niñas, niños y adolescentes



Fotografía: Ernesto Gómez/CDHDF.

La presidenta de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal (CDHDF), Perla Gómez Gallardo, reconoció la publicación de la Ley de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes de la Ciudad de México que, dijo, abandona la visión de este grupo de población como sujeto de valor hacia el futuro, para recoger el principio del interés superior de la niñez y situarla como sujeto activo en el presente.

Enfatizó que dicha Ley reconoce los derechos sexuales y reproductivos de niñas, niños y adolescentes, incluyendo entre otros su derecho a que se les proporcionen servicios gratuitos y

profesionales en materia de salud sexual y reproductiva.

Dijo que este ordenamiento no pudo construirse sin el impulso de la sociedad civil y la academia, al trabajar coordinadamente para consolidar este instrumento normativo de gran trascendencia e importante labor, porque armoniza la legislación local en materia de infancia, respecto a la Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, que entró en vigor en diciembre de 2014.

Cabe señalar que hizo un especial reconocimiento al trabajo del Consejo de la CDHDF, instancia que ha mantenido un atento seguimiento a la construcción, aprobación y publicación de la Ley, en particular a las consejeras Nashieli Ramírez Hernández y Mónica González Contró, quienes han sido comprometidas promotoras y defensoras de los derechos de la infancia. D

Internos en penales sufren constantes violaciones a sus derechos



Fotografía: Archivo/CDHDF.

El lugar en el que más se violan derechos humanos en México es al interior de las prisiones, afirmó Mónica González Contró, consejera de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal (CDHDF), durante la presentación del libro *TIC TAC*, coordinado por Jaqueline Campbell y resultado del Taller de Escritura y Periodismo en el que participaron hombres privados de su libertad en el Centro de Readaptación Social de Saltillo, Coahuila.

González Contró puntualizó que los centros de reclusión son espacios en donde impera la ley del más fuerte. "Las personas que están internas son sujetas a todo tipo de vulneraciones", dijo a estudiantes, defensoras y defensores de derechos humanos reunidos en el Salón Digna Ochoa y Plácido de la CDHDF.

Por su parte, la investigadora del Centro de Investigación y Estudios Superiores en Antropología Social y ex consejera de la CDHDF, Elena Azaola Garrido, destacó la importancia de la obra, porque permite oír de viva voz a quienes se les niega de manera cotidiana sus derechos.

Lamentó que el grueso de la sociedad sea indiferente a lo que ocurre en los penales. "Tenemos a los internos y a las internas olvidados", afirmó.

En su oportunidad, el secretario ejecutivo de la CDHDF, Armando Meneses Larios, recordó que el pasado 15 de octubre, la Comisión emitió la Recomendación 13/2015 sobre el uso indebido de la fuerza, tratos crueles, inhumanos y degradantes, violación al derecho a la igualdad y no discriminación en agravio de personas de la comunidad lésbica, gay, bisexual, transexual, travestista, transgénero e intersexual privadas de la libertad en el Reclusorio Preventivo Varonil Norte.

A su vez, el obispo de Saltillo, Raúl Vera López, aseveró que las malas condiciones que imperan en las prisiones son el fiel reflejo de la situación que vive la sociedad mexicana. El también defensor de derechos humanos se pronunció en contra de aquellas voces que exigen reducir la edad penal en el país.

En su participación, Jacqueline Campbell invitó a leer el libro e hizo un llamado a erradicar la práctica de la tortura al interior de los reclusorios, así como a suprimir las revisiones humillantes y acercar las universidades a los penales. D

Trabajo y coordinación entre CDHDF y ALDF en materia de derechos humanos

En su participación durante la instalación de la Comisión de Derechos Humanos de la Asamblea Legislativa del Distrito Federal, la ombudsperson capitalina, Perla Gómez Gallardo, refrendó el compromiso y la más amplia disposición para trabajar en conjunto con dicha instancia en la construcción de herramientas que permitan la exigibilidad y el respeto a los derechos de las y los capitalinos y de quienes transitan por la ciudad de México.

La presidenta de la Comisión de Derechos Humanos de Distrito Federal (CDHDF) afirmó que el organismo a su cargo siempre estará abierto al diálogo y al trabajo integral: "Sabemos que tenemos un fin común y es importante refrendar nuestro compromiso con las personas de esta ciudad".

En el Salón Luis Donaldo Colosio del recinto legislativo de Donceles, Gómez Gallardo, quien estuvo acompañada por las y los titulares de todas las áreas de la CDHDF, así como por Bruno Huerta –trabajador con mayor antigüedad en este organismo autónomo–, reconoció el papel de la Comisión de Derechos Humanos de la Asamblea en la generación de iniciativas de ley en la materia que responden al contexto actual de la ciudad de México.

Asimismo, mencionó la importancia que tiene la CDHDF en la implementación de acciones que están directamente ligadas al trabajo que las y los diputados impulsan desde su ámbito, por lo que colaborar conjuntamente permitirá establecer marcos normativos y políticas públicas en beneficio de la población.



Fotografía: Sonia Blanquel/CDHDF.



métodhos

Revista de Investigación Aplicada en Derechos Humanos de la CDHDF

CONVOCATORIA

Con el ánimo de contribuir al estudio, investigación y difusión en materia de derechos humanos, la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal (CDHDF) convoca a aquellas personas académicas, investigadoras, docentes, estudiantes, o bien, a cualquier otra interesada; a presentar artículos inéditos para su publicación en la revista electrónica semestral de investigación aplicada en derechos humanos: *Métodhos*, la cual tiene entre sus objetivos:

- Fomentar, a través de distintos mecanismos, la generación de investigaciones puntuales sobre el respeto, la garantía y el ejercicio de los derechos humanos desde una perspectiva crítica y analítica.
- Promover el estudio y la investigación de los derechos humanos, a partir de la generación de conocimiento científico que permita fortalecer el trabajo de defensa, promoción y protección de los derechos humanos.

Para la presentación de los artículos, las y los participantes se sujetarán a las siguientes

BASES

PRIMERA. "Destinatarias y/o destinatarios"
Podrán participar aquellas y aquellos profesionales, académicos e investigadores, especialistas, estudiantes, y en general cualquier persona interesada en temas asociados a la protección, defensa, vigilancia, promoción, estudio, educación y difusión de los derechos humanos.

SEGUNDA. "Temas generales"
Con la finalidad de contribuir a los objetivos de la revista, se considerarán preferentemente a aquellos artículos que versen sobre temáticas que impliquen investigación aplicada en derechos humanos.

TERCERA. "Líneas de investigación"
Para conocer las líneas de investigación en las que puede basar su artículo, consulte la versión completa de esta Convocatoria.

CUARTA. "Criterios de selección"
Los textos recibidos tendrán una valoración previa por parte del Comité Editorial, el cual seleccionará los artículos que serán sometidos al arbitraje de dos especialistas en la materia, asegurando la confidencialidad de la o el autor. Las y los dictaminadores analizarán que los trabajos se apeguen a los elementos establecidos en la Política Editorial de la revista.

QUINTA. "Requisitos de presentación de artículos"
Los artículos deberán ser presentados de acuerdo con los requisitos formales establecidos en la Política Editorial de la revista *Métodhos*.

SEXTA. "Presentación de artículos"
Los artículos deberán remitirse al correo electrónico: revistametodhos@cdhdf.org.mx. El correo electrónico deberá contener los elementos referidos en la Política Editorial de la revista *Métodhos*.

SÉPTIMA. "Plazo de presentación"
Los artículos a postularse para la primera publicación semestral (junio), tendrán que ser enviados a más tardar el 30 de abril; mientras que los artículos a postularse para la segunda publicación semestral (diciembre) tendrán que ser enviados a más tardar el 30 de septiembre.

OCTAVA. "Selección de artículos"
Una vez cumplidas las etapas de dictaminación referida en la Política Editorial, el Comité Editorial aprobará e integrará la lista de artículos que formarán parte de la publicación de la revista.

NOVENA. "Propiedad intelectual"
El envío de artículos para su dictaminación correspondiente implica la autorización de las y los autores para su publicación.

*Para visualizar la versión completa de esta Convocatoria, así como la Política Editorial de la revista electrónica *Métodhos*, consulte la página web http://revistametodhos.cdhdf.org.mx y para mayor información comuníquese al teléfono 5229 5600, ext. 2210, o escriba al correo electrónico revistametodhos@cdhdf.org.mx



Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal

Oficina sede
Av. Universidad 1449, col. Pueblo Axotla, del. Álvaro Obregón,
01030 México, D. F.
Tel.: 5229 5600

Unidades desconcentradas

Norte
Payta 632, col. Lindavista, del. Gustavo A. Madero,
07300 México, D. F.
Tel.: 5229 5600 ext.: 1756

Oriente
Campesinos 398, col. Santa Isabel Industrial,
del. Iztapalapa, 09820 México, D. F.
Tel.: 5229 5600 ext.: 1754

Sur
Av. Prol. Div. del Norte 815, col. Jardines del Sur,
del. Xochimilco, 16050 México, D. F.
Tel.: 5229 5600 ext.: 1755

Centro de Consulta y Documentación
Av. Universidad 1449, edificio B, planta baja,
col. Pueblo Axotla, del. Álvaro Obregón,
01030 México, D. F.
Tel.: 5229 5600 ext.: 1833

www.cdhdf.org.mx





